

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ
– ΔΙΟΙΚΗΣΗ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

Υπεύθυνος Καθηγητής:
Δημοπούλου Αγγελική

Σπουδάστριες:
Γαλανοπούλου Έλλη
Παππά Βασιλίκα

ΠΑΤΡΑ - 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2. ΣΚΟΠΟΣ, ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ Τ.Ε.Π.	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3. Η ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ Τ.Ε.Π.	15
3.1. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΜΕ ΥΠΟΨΗΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ Τ.Ε.Π.	16
3.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ Τ.Ε.Π. ΣΕ ΚΑΘΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ Τ.Ε.Π.	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΠΡΙΝ ΦΘΑΣΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ

Τ.Ε.Π.....19

5.2. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ

Τ.Ε.Π.....20

5.3. ΧΩΡΟΣ ΕΙΣΟΔΟΥ – ΥΠΟΔΟΧΗ..... 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗΣ.....88

6.2. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΙΝΗΤΩΝ

ΜΟΝΑΔΩΝ.....89

6.3. ΜΑΖΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ –

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ.....90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ.....92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. ΔΙΟΙΚΗΣΗ.....93

8.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΤΟΥ Τ.Ε.Π. ΝΕΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ – ΣΤΟΧΟΙ	95
--	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10. ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΘΕΣΕΩΝ.....	97
--	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ.....	110
11.1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	110
11.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ Τ.Ε.Π.....	115
12.2. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	116
12.3. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	118

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13. ΑΝΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ.....	120
13.1.Α) ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ Ε.Ι.	121
13.1.Β) ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.....	122

13.2. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΙΑ ΤΑ Τ.Ε.Π. ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ...	123
...13.3.Α) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΤΕΠ ΣΤΗ LEUVEN (ΒΕΛΓΙΟ).....	124
13.3.Β) ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΗΣ LEUVEN.....	125
13.4.Α) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΤΕΠ ΣΤΟ HOPE HOSPITAL (ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ).....	128
13.4.Β) ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ Τ.Ε.Π.ΣΤΟ HOPE HOSPITAL.....	130
13.4.Γ) ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ Τ.Ε.Π.....	132
13.4.Δ) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ.....	134
13.5. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ Τ.Ε.Π. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	135
13.6. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ Ε.Ι. ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.....	136
13.7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΜΕΣΗΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	137
13.8. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ.....	140

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	142
---------------------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

15. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	144
--	-----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

.....145

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

.....146

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....151

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τμήμα Επειγόντων ή Έκτακτων Περιστατικών είναι το Νοσοκομειακό Τμήμα στο οποίο προσφεύγει για επείγουσα ιατρική βοήθεια όποιος αιφνιδίως υποστεί βλάβες της υγείας του ή της σωματικής του ακεραιότητας. Αποτελεί, τρόπο τινά, την βιτρίνα του εκάστοτε Νοσοκομείου, δεχόμενου τους περισσότερους ασθενείς, άλλοι εκ των οποίων θεραπεύονται επιτόπου και επιστρέφουν σπίτι τους, άλλοι παραπέμπονται σε Τακτικά Ιατρεία, ενώ άλλοι, μετά την σταθεροποίηση της κατάστασής τους, εισάγονται στο Νοσοκομείο ή διακομίζονται αλλού για εξειδικευμένη θεραπεία.

Η έλλειψη θεσμοθετημένου ανεξάρτητου Τ.Ε.Π., όπως και μηχανοργανωμένου συστήματος καταγραφής, μαζί με την ανεπαρκή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προκαλούν σημαντικά προβλήματα στο Τ.Ε.Π. και εύλογα παράπονα των χρηστών των υπηρεσιών του.

Στην παρούσα μελέτη γίνεται μια πρώτη προσπάθεια αναφοράς στον τρόπο δομής, οργάνωσης και λειτουργίας των Πρότυπων Τ.Ε.Π. στην χώρα μας. Σκοπός της εργασίας είναι να τονίσει τόσο τις διαφορές όσο και τις ελλείψεις στον ελληνικό χώρο όπου τα Τ.Ε.Π. βρίσκονται σε πρωταρχικό στάδιο σε σύγκριση με το εξωτερικό. Επίσης γίνεται λόγος για τον σημαντικό ρόλο του νοσηλευτή στον χώρο των Επειγόντων που δυστυχώς δεν είναι ευδιάκριτος και σαφώς κατανοητός τόσο για το προσωπικό του Νοσοκομείου όσο και για τους εξυπηρετούμενους.

Τελειώνοντας, θα θέλαμε να τονίσουμε την δυσκολία εύρεσης εξειδικευμένης ελληνικής βιβλιογραφίας για τα Τ.Ε.Π., γεγονός που δηλώνει ότι βρίσκονται αν όχι σε ανύπαρκτο σε πρωταρχικό στάδιο δημιουργίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χώρα μας, την τελευταία εικοσαετία ακολουθεί τις εξελίξεις της Ιατρικής στον τομέα της διάγνωσης και θεραπείας των διαφόρων νόσων και τις εφαρμόζει σε ικανοποιητικό βαθμό στο μεγαλύτερο μέρος της επικράτειας. Βρίσκεται όμως κάτω από το μέσο όρο, ανάμεσα στις προηγμένες χώρες, όσον αφορά στην ανάπτυξη της Επείγουσας Ιατρικής, κύριο αντικείμενο της οποίας είναι η παροχή επείγουσας ιατρικής φροντίδας σε οξέα περιστατικά, απειλητικά για τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα των ατόμων. (DelloozH. Manifesto for emergency medicine in Europe. Eur J. Emerg. Med. 1998, 389–390).(DelloozH. "Emergency Medicine: an anesthesiologist "concept". In: DelloozH. Emergency Medicine and the Anaesthesiologist. Vol. 6 Bailliere – Tindall, London 1992 1–23).

Η Επείγουσα Ιατρική ασκείται προνοσοκομειακά και ενδονοσοκομειακά.

Σε επίπεδο νοσοκομείου, η επείγουσα ιατρική ασκείται κατά κύριο λόγο στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

(Laggner AN. The Emergency Department: The closing link in the chain of survival. In: Vincent JL Yearbook of intensive Care and Emergency Medicine. Springer – Verlag, 1993, 641–646).

Το τμήμα αυτό, αποτελεί τη Λυδία λίθο όχι μόνον του νοσοκομείου αλλά και ολόκληρου του Συστήματος Υγείας, καθώς διακινούν ανά εφημερία ισάριθμους περίπου ασθενείς προς τον αριθμό των νοσηλευτικών κρεβατιών ενός νοσοκομείου. Η σημαντική ετήσια αύξηση σε απόλυτους αριθμούς των ασθενειών που προσέρχονται στο ΤΕΠ κατά την τελευταία δεκαετία έχει σαν αποτέλεσμα την απότομη αριθμητική αύξηση των επείγουσών εισαγωγών στο νοσοκομείο. Τα αίτια αυτών των αλλαγών είναι περίπλοκα και αλληλοσυσχετιζόμενα, και μπορούν να αποδοθούν σε παράγοντες όπως η αύξηση των υπερήλικων στον πληθυσμό που απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους νέους, η αυξημένη επίπτωση καρδιολογικών ασθενών και σοβαρών τραυματιών από τροχαία ατυχήματα, η μείωση των ενεργών νοσοκομειακών κλινών που εμποδίζει την άμεση εισαγωγή ασθενών, καθώς και η ευκολότερη πρόσβαση στο ΤΕΠ λόγω συνεχούς 24ωρης λειτουργίας.

Σε αρκετές χώρες έχει παρατηρηθεί ότι ο μεγαλύτερος αριθμός από τον αναμενόμενο αριθμό ασθενών που αναζητεί ιατρική βοήθεια στο ΤΕΠ του νοσοκομείου θα μπορούσε να έχει αντιμετωπισθεί επαρκώς από την ομάδα πρωτοβάθμιας υγείας και μόνο.

Οι προαναφερθέντες λόγοι υπαγορεύουν την ανάγκη δημιουργίας, οργάνωσης και λειτουργίας ενός αυτόνομου τμήματος του νοσοκομείου που είναι το σημείο επαφής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας· και το οποίο καλείται να καλύψει τις ανάγκες για παροχή φροντίδων υγείας σε ένα μεγάλο εύρος περιστατικών καθώς και μαζικές καταστροφές.

Η παρούσα εργασία αφορά την οργάνωση και τη διοίκηση ενός τμήματος όπως προαναφέρεται, ενός ΤΕΠ που εξυπηρετεί άτομα με επείγουσες νοσηρές καταστάσεις. Και επιπλέον κάνει μια ανάλυση του πολυδιάστατου ρόλου του νοσηλευτή, που εργάζεται στο χώρο του Τ.Ε.Π.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το οργανόγραμμα απεικονίζει την οργάνωση της εργασίας και τις λειτουργικές σχέσεις που αναπτύσσονται. Δεν δείχνει πάντοτε τι υπάρχει σήμερα και αντιπροσωπεύει ένα πρότυπο, το οποίο λαμβάνει τη μορφή που του δίνει ο δημιουργός του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να παραβιασθεί.

Η γραφειοκρατική δομή χαρακτηρίζει τους περισσότερους οργανισμούς υγείας σήμερα. Η δομή αυτή διατηρεί εντολή – διαταγή και ενθαρρύνει την εξουσία. Παρέχει επίσημο σύστημα επικοινωνίας εκ των άνω προς τα κάτω προς όλα τα επίπεδα δια μέσου όλων των τμημάτων. Έτσι εξουδετερώνονται οι συγκρούσεις του προσωπικού που δημιουργούνται από το περιβάλλον της εργασίας και προωθείται ο συντονισμός των προσπαθειών του για καλύτερη διεκπεραίωση της εργασίας. Η γραφειοκρατική δομή είναι επίσης απρόσωπη και όχι πάντοτε άνετη για τους εργαζόμενους να ανταποκρίνονται προς τις αλλαγές του περιβάλλοντος (Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Θ' έκδοση, Βασιλική Ανδρ. Λανάρα, Αθήνα 2002).

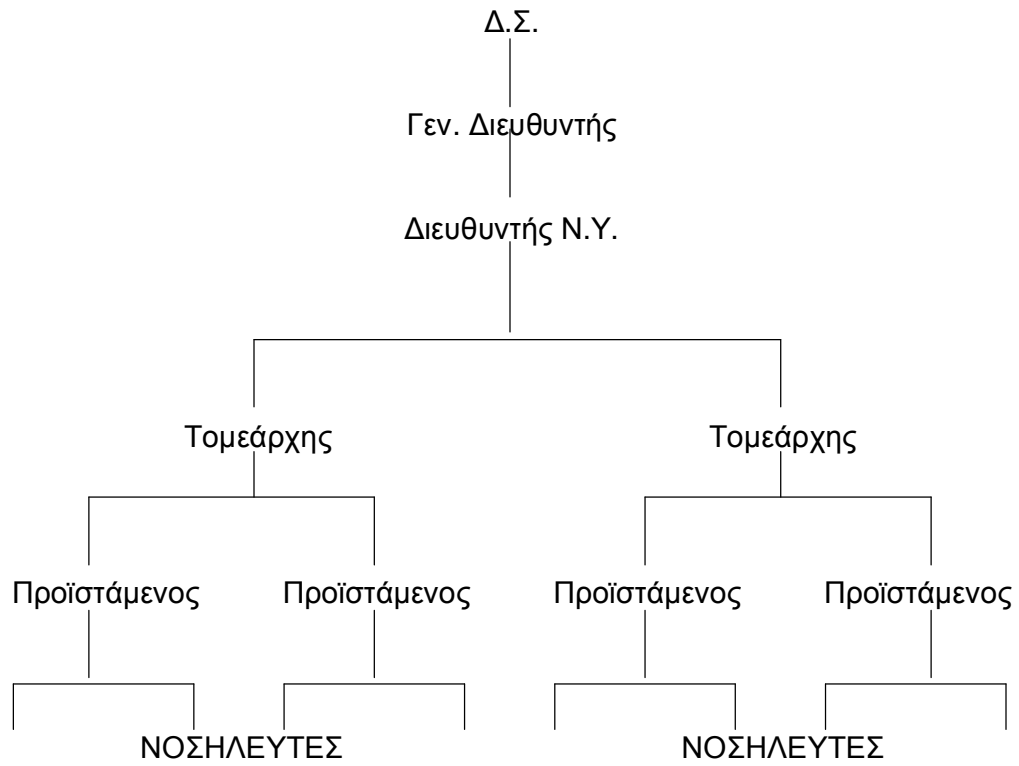
Η οργάνωση των ιδρυμάτων υγείας γίνεται με την **κάθετη διάσταση**. Σύμφωνα με την **κάθετη διάσταση** η πυραμίδα που προκύπτει διαφοροποιείται σε κάθετα επίπεδα, τα οποία βασίζονται στην διοικητική ανάγκη κατανομής εξουσίας και ευθύνης για την άσκηση ελέγχου. Η ουσιαστική ευθύνη υπάρχει στην κορυφή και ελαττώνεται προς τα κάτω. Τα άτομα που κατέχουν θέσεις στην κορυφή αποτελούν τα εκτελεστικά στελέχη και η απόστολή τους είναι ευρύτερη προς τους στόχους του τμήματος. Το επόμενο επίπεδο μετά το εκτελεστικό στη νοσοκομειακή δομή είναι η μέση διοίκηση που συντονίζει και ελέγχει τις λειτουργικές δραστηριότητες ομάδων, για να επιτευχθούν οι κατευθύνσεις που καθορίζονται από την εκτελεστική εξουσία.

Η **οριζόντια διάσταση** συνδέεται με την ειδίκευση της εργασίας και της κατάρτιση του προσωπικού. Στα νοσοκομεία αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ομαδοποίηση των τμημάτων.

Η σύγκρουση είναι αναπόφευκτη μεταξύ των οριζόντιων μονάδων σε οργανισμούς και υπηρεσίες υγείας. Πολλές μονάδες απαρτίζονται από ειδικές επιστήμες – ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική – και κάθε επιστημονική ομάδα έχει τις ιδιαίτερές της αξίες, απόψεις και προοπτικές. Όσο κάθε μία είναι πιθανόν να θεωρεί τη συμβολή της σημαντικότερη από τις άλλες και θα πρέπει να ανταγωνισθεί για περιορισμένους πόρους, τόσο πιο συχνά καταλήγουν σε συγκρούσεις.

Η τεχνολογία που συνδέεται με τις υπηρεσίες υγείας καθιστά απαραίτητο σε ύψιστο βαθμό το συντονισμό προσπαθειών των ομάδων προσωπικού των μονάδων. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με βάση **τις ανάγκες των αρρώστων/ατόμων** και οι λειτουργοί υγείας ανάλογα με την ειδικότητα και την εμπειρογνωμοσύνη που διαθέτουν οφείλουν να συνεργάζονται στην παροχή φροντίδας.

Συγκεκριμένα, μιλώντας για οργάνωση Τ.Ε.Π. και σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η εργασία στο προαναφερθέν τμήμα απαιτεί καθορισμένες ενέργειες από ομάδα ανθρώπων με κοινή φιλοσοφία και κοινή στρατηγική δράσης ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στο συντομότερο χρονικό διάστημα (Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Θ' έκδοση, Βασιλική Ανδρ. Λανάρα, Αθήνα 2002).



Οργανόγραμμα: Κάθετη οργάνωση

(Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Θ' έκδοση, Βασιλική Ανδρ. Λαναρά, Αθήνα 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. ΣΚΟΠΟΣ, ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ Τ.Ε.Π.

Σαν **σκοπούς** του Τ.Ε.Π. μπορούμε να θεωρήσουμε τους ακόλουθους. Παροχή υπηρεσιών σε επείγουσες νοσηρές καταστάσεις, υγιεινή επίβλεψη και πρόληψη των ασθενών, η θεραπεία και η αποκατάσταση της αιφνίδιας νόσου. Επίσης, μέσα στους βασικούς σκοπούς περιλαμβάνεται η εκπαίδευση του προσωπικού καθώς και η έρευνα (Γερογιάννης Ν., Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στο Ελληνικό Νοσοκομείο, Ελλ. Ιατρική 1997, Τόμος 63, τεύχος 3, σελ. 244-254, περίοδος Δ', εκδότης University Studio Press).

Η **φιλοσοφία** των Τ.Ε.Π. βασίζεται στην παροχή άμεσης και εξειδικευμένης φροντίδας στον τόπο και στο χρόνο που εκδηλώνεται η ανάγκη για τον ασθενή. Επεκτείνοντας την προαναφερθείσα βασική έννοια της φιλοσοφίας, παρατηρούμε ότι στηρίζεται σε έξι βασικά σημεία όσον αφορά οργάνωση και λειτουργία.

1. Παραλαβή και καταγραφή των στοιχείων του προσερχόμενου ασθενούς σε ένα ενιαίο και ευρύχωρο χώρο, που ταυτόχρονα αποτελεί την είσοδο των περιπατητικών ασθενών. Οι ασθενείς σε φορείο προσέρχονται από ειδική είσοδο, με επαρκή χώρο διακίνησης και στάθμευσης φορέων.
2. Ο ασθενής οδηγείται στον χώρο διαλογής (triage), όπου γίνεται διάγνωση της βαρύτητας του περιστατικού και καταγράφονται οι ζωτικές λειτουργίες του.
3. Εν συνεχεία είτε οδηγείται στην αναμονή, είτε στο χώρο εξέτασης και τοποθετείται όπου υπάρχει κενή θέση για εξέταση – νοσηλεία, στην οποία το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα.
4. Το οξύ περιστατικό οδηγείται είτε στον χώρο αναζωογόνησης, είτε στον χώρο εξέτασης, είτε στην αίθουσα γύψου, είτε στον χώρο επεμβάσεων.
5. Ο ασθενής που χρειάζεται περαιτέρω προσοχή και φροντίδα οδηγείται στην Αίθουσα Βραχείας Παρακολούθησης.
6. Αν απαιτείται εισαγωγή του ασθενούς για συνέχιση των διαγνωστικών εξετάσεων ή εν γένει ενδονοσοκομειακής περαιτέρω παρακολούθησης, οδηγείται στα αντίστοιχα τμήματα όπως Μ.Ε.Θ. , Χειρουργεία, Νοσηλευτικές Μονάδες (Χασάπη-Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε. (2002) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού).

Οι **στόχοι** του Τ.Ε.Π. είναι η άμεσης και έγκαιρης επείγουσας φροντίδας σε ένα μη προγραμματισμένο και ανομοιόμορφο όγκο ασθενών διαφορετικής βαρύτητας και πολυπλοκότητας, με ταυτόχρονη εξασφάλιση παροχής εξειδικευμένων φροντίδων.

Κάθε νοσοκομείο πρέπει να έχει ανεπτυγμένο τμήμα επειγόντων περιστατικών (κατάλληλη χωροταξία – εξοπλισμό – στελέχωση – πρωτόκολλα φροντίδων και κανονισμό λειτουργίας), ώστε σε 24ωρη βάση:

α) να εξασφαλίζεται ο περιορισμός των θανάτων, η πρόληψη της νοσηρότητας και αναπηρίας, με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των απειλητικών για την ζωή ή την ακεραιότητα του σώματος από οξέα συμβάντα. Οι καταστάσεις αυτές είναι : κατηγορίες βαρύτητας I και II στην Αυστραλιανή Κλίμακα Διαλογής (Α.Κ.Δ.), αφορούν το 5% περίπου του συνόλου των διακινουμένων μέσω του Τ.Ε.Π. περιστατικών (Ashbey R.,1997, The Australian National Triage Scale User Manual).

β) να εξασφαλίζεται η σωστή διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση όλων των έκτατων περιστατικών, που αφορούν το 25-40% περίπου των περιστατικών

γ) να κατευθύνονται σωστά και υπεύθυνα τα μη επείγοντα περιστατικά της εφημερίας

δ) να έχει δοκιμασμένο σχέδιο διαχείρισης μαζικών οξέων περιστατικών

ε) να παρέχει την δυνατότητα εκπαίδευσης στο αντικείμενο της επείγουσας ιατρικής σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό υγειονομικών και πολιτών και να προωθεί την έρευνα στο αντικείμενο της επείγουσας ιατρικής – νοσηλευτικής (1. Bur A., Mullner M., Sterz F., et al, The emergency department in a 2000 bed teaching hospital: Saving open ward and intensive care facilities, Eur J. Emerg Med 1997, pg. 19-23. και2) Swee HL, Anantharaman V. Emergency Medicine in Singapore: Past, Present and Future. Ann Emerg. Med 1999, pg. 338-343).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Η ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ Τ.Ε.Π.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα του Αμερικανικού Κολεγίου Χειρουργών A.T.L.S. (Advanced Trauma Life Support), η δεύτερη χρονικά έξαρση στην συχνότητα των θανάτων είναι από την πάροδο 2 λεπτών ως αρκετών ωρών από τον τραυματισμό, χρόνου ικανού για την μεταφορά του ασθενή στο νοσοκομείο.

Μεγάλη έξαρση θα παρατηρηθεί στα πρώτα λεπτά μετά το ατύχημα και στην πλειοψηφία τους είναι σχεδόν αδύνατη η διάσωση του ασθενή, λόγω της βαρύτητας των κακώσεων.

Η αντιμετώπιση λοιπόν του τραυματία πρέπει να γίνεται μέσα σε μία ώρα «χρυσή ώρα» από την στιγμή του τραυματισμού του. Οι θάνατοι στην φάση αυτή οφείλονται κατά κύριο λόγο σε υποσκληρίδιο και επισκληρίδιο αιμάτωμα, σε αιμοθώρακα, σε ρήξη σπλήνας και ήπατος, σε κατάγματα πυέλου και άλλες αιτίες που συνοδεύονται από σημαντική απώλεια αίματος (Νοσηλευτική Χειρουργική Ειδικότητα – Οργάνωση - Μελέτη και αρχιτεκτονικός σχεδιασμός Τ.Ε.Π. (1998-1999) Π.Γ.Ν.Ν. Πειραιά «Αγ.Παντελεήμων», Κρητικόπουλος Κ., Αλεξίου Π.).

Για να ισχύει λοιπόν ο «χρυσός κανόνας» είναι απαραίτητη η ύπαρξη του Τ.Ε.Π. το οποίο θα είναι άρτια οργανωμένο, ώστε σε ελάχιστα λεπτά έως μισή ώρα από το ατύχημα και την διακομιδή του πολυτραυματία, να έχει τεθεί διάγνωση και να έχουν αντιμετωπιστεί όλες οι απειλητικές για τη ζωή του καταστάσεις, από ικανό και έμπειρο προσωπικό που θα εφαρμόσει με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο τις αρχές του A.T.L.S.

Συνεπώς η φροντίδα της πολιτείας θα πρέπει να στραφεί στην ανάπτυξη, εξοπλισμό και επάνδρωση των Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων βάσει ορισμένων προδιαγραφών, ώστε το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό με την σειρά του να εφαρμόσει την ανάνηψη και αναζωογόνηση του αρρώστου.

Βάσει διεθνών μελετών, συστήματα τα οποία σχεδιάστηκαν για την αντιμετώπιση του πολυτραυματία, μειώνουν έως και 30% την θνητότητα.

Ένα σωστά σχεδιασμένο Εθνικό Σύστημα Τραύματος πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

- α) προνοσοκομειακή αντιμετώπιση (πρώτες βοήθειες – διαλογή των τραυματιών ώστε να μεταφερθούν στο κατάλληλο νοσοκομείο)
- β) νοσοκομειακή αντιμετώπιση – Τ.Ε.Π. για άμεση αντιμετώπιση και διάγνωση και ειδική Μονάδα Τραύματος για την παρακολούθηση του πολυτραυματία
- γ) όλη την απαραίτητη ιατρική και υλικοτεχνική υποδομή για την αποκατάστασή του (American Heart Association: Emergency Cardiac Care Units (in EMS systems), Standards and guidelines for CPR and ECC, 1986).

3.1. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΜΕ ΥΠΟΨΗΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ Τ.Ε.Π.

Προϋπόθεση για έναν επιτυχημένο σχεδιασμό Τ.Ε.Π. είναι η συμμετοχή και συνεργασία μιας ολόκληρης ομάδας από ειδικούς και άτομα που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν το χώρο, προσφέροντας ο καθένας τις γνώσεις τους, στο δικό του τομέα.

Ο σχεδιασμός και προγραμματισμός των κτιριακών διευκολύνσεων των υπηρεσιών υγείας είναι μια ειδική λειτουργία και δεν μπορεί να διεκπεραιωθεί απλά μόνο με αρχιτέκτονες και μηχανικούς. Γι' αυτή την ειδική λειτουργία ευθύνεται ο πολύπλοκος ρόλος του και οι ιδιαιτερότητες του. Έτσι υπάρχει η ανάγκη για μια συντονισμένη και ουσιαστική συνεργασία μεταξύ αρχιτέκτονα και ομάδα αρχιτεκτονικού και οικονομολόγους.

Η ομάδα σχεδιασμού θα πρέπει να λάβει υπόψη τα εξής:

- Το μέσο όρο ασθενών που προσέρχονται ετησίως στο νοσοκομείο
- Τις ώρες με την μεγαλύτερη προσέλευση ασθενών
- Τα χαρακτηριστικά τους (ηλικία, διάγνωση)
- Το μέγεθος του νοσοκομείου
- Τις ειδικότητες που έχει
- Τον αριθμό των εργαζομένων στο χώρο
- Τους κανονισμούς λειτουργίας του χώρου
- Το βασικό εξοπλισμό

(Liorene Newberry Emergency Department Management – Emergency Nursing Principles and Practice, pg. 41-46)

3.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ Τ.Ε.Π. ΣΕ ΚΑΘΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1. Εξειδικευμένη υποστήριξη σε κάθε άμεσα απειλητική της ζωής κατάσταση του αρρώστου. Η υπηρεσία αυτή απαιτεί αίθουσα αναζωογόνησης με υποδοχή Μ.Ε.Θ./ Χειρουργείου. Ο αριθμός των κλινών ανάληψης, εξαρτάται από το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, δεν πρέπει όμως αριθμητικά να είναι κάτω των δυο.
2. Κινητές μονάδες υποστήριξης καρδιοαναπνευστικού (1-2), για τις ενδο και τις εξω-νοσοκομειακές μετακινήσεις των βαρέως πασχόντων. Η ευθύνη λειτουργίας της αναζωογόνησης και των κινητών μονάδων ανήκει στην ομάδα Ιατρικών Επειγόντων, κατά το πρότυπο του Αυστραλιανού Medical Emergency Team (Lee A., Bishop G., Hillman KM., Daffurn K., 1995, The Medical Emergency Team, Anaesth Intensive Care 23, pg. 183-186).
3. Οι κλίνες βραχείας νοσηλείας: 1 κλίνη/40 νοσοκομειακές κλίνες, διαγνωστικά ιατρεία, γραμματεία και βοηθητικοί χώροι.
4. Τ.Ε.Π. Νοσοκομείων με >400 κλίνες χρειάζονται επιπλέον: Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, αξονικό τομογράφο, ιατρείο διαλογής και κοινωνική υπηρεσία (Επιτροπή Υ.Υ και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

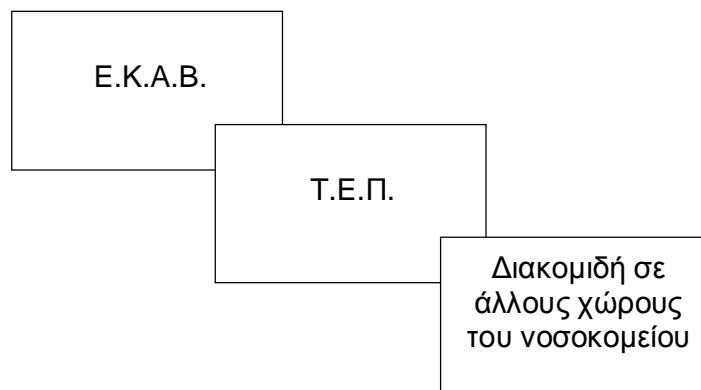
4. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ Τ.Ε.Π.

Σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001, άρθρο 6, παρ. 5 προβλέπεται η λειτουργία Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών σε νοσοκομεία της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες.

Κατ' εξουσιοδότηση του ανωτέρου νόμου εξεδόθη η αριθ. Υ4α/οικ. 4472/15-1-03 Απόφαση Υπουργού Υγείας «Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.» η οποία δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 32/Β/20-1-03 με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών λαμβανομένου υπόψη ότι κριτήριο για την φροντίδα του ασθενή πρέπει να είναι όχι η σειρά προσέλευσης αλλά το είδος του προβλήματος για το οποίο ο ασθενής ζητά ιατρική φροντίδα.

Με την νέα ρύθμιση το Υπουργείο στοχεύει στην εξυπηρέτηση του πολίτη με σεβασμό στο βαθμό επείγοντος του περιστατικού (Επιτροπή Υ.Υ και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.).

Η οργάνωση και η λειτουργία το Τ.Ε.Π. μπορεί να επικεντρωθεί σε 3 βασικά μέρη (εικ.1): 1) πριν φθάσει ο ασθενής στο Τ.Ε.Π. 2) ο ασθενής μέσα στο Τ.Ε.Π. Η βασική έννοια είναι αυτή που αφορά τη διακίνηση του ασθενούς μέσα στο Τ.Ε.Π. και αναφέρεται σε: α) χώρους β) υλικό γ) γραμματειακή υποστήριξη δ) προσωπικό και ε) εργαστήρια και 3) ο ασθενής διακομίζεται σε άλλους χώρους του Νοσοκομείου (Sandes AB. Care of the ederly in emergency departments. Where do we stand?, Ann Wmerg Med, 1992, pg.792-795).



Εικ.1, Τμήμα της αλυσίδας διάσωσης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΠΡΙΝ ΦΘΑΣΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ Τ.Ε.Π.

5.1.1. Επικοινωνίες

Στη χώρα μας πολλές ακόμα και επικίνδυνες για τη ζωή μεταφορές τις αναλαμβάνουν συγγενικά πρόσωπα των ασθενών και όχι το Συντονιστικό Κέντρο Προνοσοκομειακής Ιατρικής Βοήθειας (που στην Ελλάδα ονομάζεται Ε.Κ.Α.Β., Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας), ως θα όφειλε. Αυτό δημιουργεί άμεσο κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς, διότι πολλοί από αυτούς χρήζουν επείγουσας αντιμετώπισης όχι μόνο στον χώρο του συμβάντος, αλλά και μετά τη μεταφορά. Πρέπει λοιπόν να γίνει αυτόματη κίνηση πλέον η επικοινωνία ασθενών – Ε.Κ.Α.Β (Γερογιάννης Ν., «Το Τ.Ε.Π. στο ελληνικό νοσοκομείο. Πως μπορεί να οργανωθεί σε πρώτη φάση», Ελλ. Ιατρική, 1997, τόμος 63, τεύχος 3, σελ.244-254, περίοδος Δ', εκδότης University Studio Press).

Έτσι λοιπόν το Τ.Ε.Π. πρέπει να είναι συνδεδεμένο με το Ε.Κ.Α.Β., όσον αφορά τη χώρα μας, και με τα γραφεία κίνησης ασθενών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής που καλύπτει. Τα τελευταία είναι υποχρεωμένα να ενημερώνουν με άμεση και διαρκή βάση το Ε.Κ.Α.Β. καθώς και το Τ.Ε.Π. για κάθε αλλαγή που γίνεται στα ελεύθερα κρεβάτια τους ανά ειδικότητα. Το Τ.Ε.Π. αντίστοιχα, είναι υποχρεωμένο να ενημερώνει το Ε.Κ.Α.Β. για κάθε δραστηριότητα του. Αυτό με τη σειρά του πάντα προσπαθεί να κατανέμει τις εισαγωγές ισόμερα στα διάφορα τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής. Είναι αυτονόητο ότι, σε όποια περιοχή υπάρχει μόνο ένα νοσηλευτικό συγκρότημα, το Συντονιστικό Κέντρο Προνοσοκομειακής Βοήθειας και το Τ.Ε.Π. ταυτίζονται.

Ένα ακόμη θετικό στην επικοινωνία Τ.Ε.Π. και Ε.Κ.Α.Β. είναι η δυνατότητα που δίνεται στην ομάδα που καλύπτει τη γενική εφημερία να είναι έτοιμη να υποδεχτεί το βαρύ περιστατικό πριν καν φθάσει στο νοσοκομείο και ακόμα να ενημερωθούν οι σύμβουλοι γιατροί οποιασδήποτε ειδικότητας (Παναγιώτης Αλεξίου, Κρητικόπουλος Κυριάκος, Οργάνωση και Λειτουργία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Αθήνα 2002,σελ.3-10).

5.1.2 Πώς να βρίσκει κανείς εύκολα το Τ.Ε.Π. – Σηματοδότηση

Η πρόσβαση στο Τ.Ε.Π. πρέπει να είναι απρόσκοπτη και ευκρινής. Η σηματοδότηση πρέπει να είναι σαφέστατη. Να ξεκινά από την πύλη του νοσοκομείου, έτσι ώστε οι ασθενείς που έρχονται (κυρίως τη νύχτα και δεν έχουν άποψη του χώρου) να μπορούν σύντομα και με ευκολία να βρίσκουν το τμήμα των Επειγόντων.

Πρέπει να απαγορευτεί η στάθμευση των αυτοκινήτων σε περιοχές που εμποδίζουν τη γρήγορη διέλευση των ασθενοφόρων ή άλλων αυτοκινήτων που διακομίζουν ασθενείς στο Τ.Ε.Π. Η είσοδος για τα ασθενοφόρα πρέπει να σηματοδοτηθεί με κατάλληλες φωτισμένες σημάσεις, όπως επίσης και η είσοδος για τους περιπατητικούς ασθενείς ή αυτούς που έρχονται ιδιωτικό μέσο. Αυτές οι πινακίδες, στις τουριστικές περιοχές πρέπει να είναι γραμμένες σε τρεις τουλάχιστον ακόμα γλώσσες (Αγγλικά, Γαλλικά, Γερμανικά). Τέλος, στα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να προβλέπεται ελικοδρόμιο με άμεση πρόσβαση στο τμήμα (Παναγιώτης Αλεξίου, Κρητικόπουλος Κυριάκος, Οργάνωση και Λειτουργία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Αθήνα 2002,σελ.3-10).

5.2. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΑ Τ.Ε.Π.

Η οργάνωση κάθε Τ.Ε.Π. μπορεί να ποικίλει ανάλογα με τις αποφάσεις της διοίκησης του, τις ιατρικές ειδικότητες του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται, καθώς και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής.

Α) Σε κάθε περίπτωση όμως, οι ασθενείς διαχωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, οι οποίες ακολουθούν και διαφορετικές πορείες.

α) Ασθενείς που έχουν ανάγκη άμεσης φροντίδας και πρέπει άμεσα να οδηγηθούν στους χώρους εξέτασης – νοσηλείας ή αναζωογόνησης, όπου γίνονται και οι διαδικασίες εισαγωγής τους στο τμήμα.

β) Ασθενείς που δεν έχουν ανάγκη άμεσης βοήθειας και είναι δυνατόν να περιμένουν στο χώρο της αναμονής, αφού έχουν ληφθεί τα στοιχεία τους στο χώρο της εισόδου (Α. Χασάπη-Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού, ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

Η εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών γίνεται στο χώρο του triage και σε συνδυασμό με την υποδοχή ασθενών, στο χώρο της εισόδου, καθώς και

τις πληροφορίες του Ε.Κ.Α.Β. ή της εν γένει μεταφοράς του ασθενούς στο τμήμα.

Β) Μετά το Α' στάδιο (triage – αναμονή), ο ασθενής μεταφέρεται στους χώρους εξέτασης – νοσηλείας.

Γ) Μετά το Β' στάδιο (εξέταση – νοσηλεία) ο ασθενής

Γ.1) είτε μεταφέρεται στον χώρο βραχείας παρακολούθησης

Γ.2) είτε προωθείται για περαιτέρω αναλύσεις ή ακτινολογικές εξετάσεις

Γ.3) είτε οδηγείται για μικροεπεμβάσεις στο χώρο του χειρουργείου είτε στις αίθουσες γύψου

Γ.4) είτε εισάγεται σαν εσωτερικός ασθενής στο νοσοκομείο (μονάδα εντατικής

παρακολούθησης ή μονάδα νοσηλείας)

Ασθενείς που πεθαίνουν στο τμήμα ή στο ασθενοφόρο οδηγούνται στο νεκροτομείο (Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

5.2.1. Χώροι και θέση του Τ.Ε.Π.

Η θέση του Τ.Ε.Π. πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να εξασφαλίζεται η γρήγορη προσέγγιση των ασθενοφόρων, η εύκολη προσέλευση των ασθενών και η απρόσκοπτη επικοινωνία με τα τμήματα που του παρέχουν σε 24ωρη βάση την απαιτούμενη υποστήριξη (μικροβιολογικό, ακτινολογικό, αξονικός τομογράφος, υπέρηχοι, μονάδες εντατικής θεραπείας, χειρουργεία).

Σε γενικές γραμμές, για να είναι λειτουργικό το Τ.Ε.Π. πρέπει να διαθέτει τους παρακάτω χώρους:

- Χώρος εισόδου – υποδοχή
- Χώρος αναμονής, συνοδών – ασθενών
- Χώρος εξέτασης
- Μεμονωμένα εξεταστήρια (γυναικολογικό – παθολογικό κ.τ.λ.)
- Μονάδα βραχείας νοσηλείας
- Αίθουσα αναζωογόνησης
- Αίθουσα επεμβάσεων
- Αίθουσα γύψου
- Εργαστήριο απεικονίσεων
- Εργαστήριο αναλύσεων

- Χώροι για το προσωπικό
- Γραμματεία

(«Οργάνωση, Προγραμματισμός και Λειτουργία Τ.Ε.Π.», Κ.Ε.Κ., Π.Γ.Ν. Αθήνας, «Κοργιαλένιο Μπενάκειο Νοσοκομείο»).

5.2.2. Κτιριολογικό Πρόγραμμα

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα απαιτούμενα ανά χώρο εμβαδά καθώς και τα αριθμητικά στοιχεία του χώρου (π.χ. αριθμός θέσεων εξέτασης ή εργασίας).

Τα μεγέθη δίδονται ανάλογα με τη δυναμικότητα του Τ.Ε.Π., η οποία καθορίζεται με βάση τον αριθμό των προσερχόμενων ασθενών ανά έτος. Η κατηγορία του κάθε Τ.Ε.Π. θα ορισθεί από την επιβλέπουσα την κάθε μελέτη Υπηρεσία σε συνδυασμό με την διοίκηση του Νοσοκομείου, βάσει των αναγκών του Νοσοκομείου και τις ειδικότητες που διαθέτει.

Σε περίπτωση εσωτερικών επεμβάσεων υφισταμένου χώρου για την δημιουργία Τ.Ε.Π. πρέπει να γίνει αξιολόγηση των «κρίσιμων» μεγεθών και χώρων, στον σχεδιασμό του τμήματος.

Οι ουσιαστικοί χώροι είναι κυρίως οι αίθουσες εξέτασης – νοσηλείας, η αίθουσα επεμβάσεων, η αίθουσα γύψου, καθώς και η αίθουσα αναζωογόνησης (Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΚΤΙΡΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Συνεδρίες ανά έτος	10.000 – 20.000		20.000-30.000		30.000 – 40.000		40.000 – 80.000		ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	
ΧΩΡΟΙ									
<u>ΧΩΡΟΙ ΕΙΣΟΔΟΥ</u>									
• Χώρος εισόδου περιπατητικών ασθενών, διακίνησης ασθενών	1	15	1	20	1	25	1	30	
• Ανεμοφράκτης εισόδου περιπατητικών ασθενών	1	9	1	9	1	9	1	9	* 1
• Ανεμοφράκτης εισόδου ασθενών σε φορεία	1	9	1	9	1	9	1	9	* 1
• Χώρος γραμματείας και υποδοχής ασθενών	1(3θ.)	9	3θ.	12	1θ.	15	4θ.	15	
• Χώρος διαλογής (triage)	1(2θ.)	18,5	2θ.	18	2θ.	18	3θ.	22	
• Αναμονή ασθενών-συνοδών	1	15	1	20	1	25		30	
• Υποαναμονή παιδιών	1	10	1	14	1				
• W.C. ανδρών	1	4,5	1	4,5	2	9	2	9	
• W.C. γυναικών	1	4,5	1	4,5	2	9	2	9	
• W.C. Α.Μ.Ε.Α.	1	3,2	1	3,2	1	3,2	2	6,4	
• Χώρος στάθμευσης φορειών	1	10	1	25	1	25	1	30	
• Χώρος τραυματοφορέων	1	8	1	8	1	10	1	10	
• Χώρος αστυνομίας	1	8	1	8	1	8	1	8	
• Χώρος πλύσης ασθενών	1	9	1	9	1	9	1	13	
<u>ΧΩΡΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</u>									
• Ενιαίος χώρος εξέτασης με επιμέρους θαλαμίσκους, σταθμό νοσηλείας και εσωτερική κυκλοφορία	1(4θ.)	55	1(5θ.)	85	1(6θ.)	85	1(8θ.)	115	
• Μεμονωμένο εξεταστήριο (1)	1	12	1	12	1	12	2	24	
• Μεμονωμένο εξεταστήριο (2)	1	12	1	12					
• Παιδιατρικό εξεταστήριο	1	12	2	18	1	12	1	12	
• Αίθουσα αναζωογόνησης	1(1θ.)	20	1(2θ.)	40	1(3θ.)	40	1(3θ.)	60	
• Αίθουσα γύψου	1(1θ.)	18	1(1θ.)	18	1(2θ.)	20	2	36	* 2
• Αίθουσα επεμβάσεων	1	28	1	28	1	28	1	30	
• Συλλογή ακαθάρτων χειρουργείων	1	6	1	6	1	6	1	6	
• Μονάδα βραχίας παρακολούθησης	1(4θ.)	48	1(5θ.)	60	1	70	1(7θ.)	90	
• Μόνωση	1	9	1	9	2	18	2	18	

(* 1) Αν δεν είναι δυνατόν να επιτευχθούν οι σωστές διαστάσεις, είναι προτιμότερο να μην σχεδιάζεται ανεμοφράκτης.

(* 2) Η αίθουσα γύψου πολλαπλασιάζεται ανάλογα αν το απαιτεί η εξειδίκευση του Νοσοκομείου.

(Α. Χακιάση, Α.Σ. Σοφράκη και συνεργάτες Ο.Ε., "ΤΕΠ, προδιαγράψαμε σχεδιασμού και λειτουργικού εφορτηρίου", ΔΕΠΑΝΟΝ Α.Ε.)

Τ.Α. Αρσάκης, Α.Σ. Σαργάνη και Συνεργάτες Ο.Ε., Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές
 σχεδιασμού και κατασκευής Εξωτερικού Νοσοκομείου "ΔΕ.ΠΑΝΑΚΗ Α.Ε."

Συνεδρίες ανά ετος	10.000 – 20.000		20.000–30.000		30.000 – 40.000		40.000-80.000		ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΧΩΡΟΙ	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	Ποσ.	Συν. Επιφ. m ²	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ									
• Ακτινοδιαγνωστικό	-		1	20	1	20	1	20	* 3
• Αξονικός τομογράφος	-		1	30		30	1	35	* 3
• Επεξεργασία εικόνας	-		1	7,5		10	1	10	* 3
• Εργαστήριο αναλύσεων	1	16	1	16		16	1	16	
• Υπερηχογράφος	1	9	1	9		9		9	* 4
• Χώρος ανάπαυσης εργαζομένων (με οφίς)	1	9	1	12		15	1	15	Δυνατότητα ενσωμάτωσης με χώρο εκπαίδευσης
• Γραφείο διευθυντού	1	9	1	9		9	1	9	
• Γραφείο γιατρών	1	12	1	12	2	18	2	18	
• Γραφείο κοινωνικής λειτουργού ή ψυχολόγου (πλησίον του χώρου εισόδου)	1	8	1	8	1	8	1	8	
• Γραφείο προϊσταμένης	1	8	1	8		8	1	8	
• Αίθουσα εκπαίδευσης	1	12	1	12	2	18	2	15	
• Αποδυτήρια ανδρών με χώρους υγιεινής (W.C. και ντους)	1	8	1	8	1	8	1	12	
• Αποδυτήρια γυναικών με χώρους υγιεινής (W.C. και ντους)	1	8	1	8	1	8	1	12	
• Διανυκτέρευση γιατρών			1	8	1	8	1	8	
• Θάλαμος ανδρών με W.C./D			1	8	1	8	1	8	
• Θάλαμος γυναικών με W.C./D			1	8	1	8	1	8	
• Χώροι υγιεινής ασθενών ανδρών	1	4,8	1	4,8	2	9	2	9	
• Χώροι υγιεινής ασθενών γυναικών	1	4,8	1	4,8	2	9	2	9	
• W.C. Α.Μ.Ε.Α.	1	3,5	1	3,2	1	3,2	1	3,2	
• Αποθήκη γενική	1	12	1	12	1	15	1	15	
• Αποθήκη αίθουσας γύψου	1	6	1	6	1	8	1	8	
• Αποθήκη υγειονομικού υλικού	1	6	1	8	1	8	1	12	
• Χώρος συλλογής ακαθάρτων και πλύσης σκοραμιδίων	1	6	1	6	1	8	1	8	
• Χώρος καθαρίστριας	1	6	1	6	1	6	1	6	
• Χώρος (εσοχή) φορητού ακτινολογικού μηχανήματος	1	4,5	1	4,5	1	4,5	1	4,5	
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ Κ.Χ.		505,30		683,00		728,90		869,10	
ΣΥΝΟΛΟ ΜΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟΙΧΟΥΣ		707,42		956,20		1.020,46		1.216,74	

* (3) Το τμήμα των Απεικονίσεων δημιουργείται μόνο σε περίπτωση κακής λειτουργικής σχέσης με το αντίστοιχο τμήμα του Νοσοκομείου.

* (4) Μπορεί να τοποθετηθεί στον χώρο της εξέτασης ή σε μεμονωμένο εξεταστήριο.

5.3. ΧΩΡΟΣ ΕΙΣΟΔΟΥ - ΥΠΟΔΟΧΗ

Στον χώρο αυτό γίνεται η είσοδος, η υποδοχή και η καταγραφή των στοιχείων του προσερχόμενου ασθενούς.

Γενικά δημιουργούνται δύο είσοδοι, η πρώτη για την πρόσβαση των περιπατητικών ασθενών, όπου θα υπάρχει και το Γραφείο Κινήσεως Ασθενών.

Η δεύτερη θα εξυπηρετεί κυρίως τα ασθενοφόρα που θα μεταφέρουν τους βαριά ασθενείς για το shock-room και αυτούς που χρήζουν επείγουσας εξέτασης. Η είσοδος αυτή:

-- πρέπει να έχει στέγαστρο, ώστε ο ασθενής να μεταφέρεται σε καλυμμένο πάντα χώρο.

-- η πόρτα της να ανοίγει και να κλείνει αυτόματα και να έχει ικανές διαστάσεις, έτσι ώστε να εξυπηρετούνται τα φορεία και μέσω αυτής να υπάρχει απομονωμένη πρόσβαση στο shock-room.

-- η είσοδος των ασθενοφόρων να γίνεται με ράμπες εισόδου – εξόδου.

Στο χώρο αυτόν υπάρχει γραμματεία, η οποία καταγράφει μέσω Η/Υ τα στοιχεία του ασθενούς και δημιουργεί τον φάκελο Υγείας του προσερχόμενου (1. Γερογιάννης Ν., «Το Τ.Ε.Π. στο ελληνικό νοσοκομείο. Πως μπορεί να οργανωθεί σε πρώτη φάση», Ελλ. Ιατρική, 1997, τόμος 63, τεύχος 3, σελ.244-254, περίοδος Δ', εκδότης University Studio Press και 2) Αγουριδάκης Π., Δανδράκης Π., «Βασικές αρχές οργάνωσης του τμήματος επειγόντων περιστατικών στην Ελλάδα, Ιατρική 2002, τόμος 81, τεύχος 5, σελ. 403-416, εκδότης Πετρίκκος Γ.).

5.3.1. Χώρος αναμονής ασθενών και συνοδών

Στον χώρο αυτό θα πρέπει να υπάρχει φύλακας, ώστε να καθοδηγεί τους ασθενείς και τους συνοδούς προς την αναμονή – καθιστικό και να αποφεύγεται έτσι η άσκοπη είσοδος στα εξεταστήρια των ασθενών και των συγγενών. Επειδή στη χώρα μας οι ασθενείς συνοδεύονται το πλείστο από πλειάδα συγγενών, πρέπει, στις περιπτώσεις που αυτό είναι εφικτό, να υπάρχει ξεχωριστός χώρος, όπου θα βρίσκονται οι συνοδοί.

Όσον αφορά τον εξοπλισμό και τα υλικά στο χώρο αναμονής αλλά και υποδοχής είναι:

1. Γραφείο με καρέκλες
 2. Καθίσματα αναμονής με τραπεζάκια
 3. Κλίνες τροχήλατες αναζωογόνησης ασθενών με δυνατότητα
 - α) μεταβλητού ύψους
 - β) επιλογής θέσεων ανάσπασης – κατάσπασης θώρακος
 - γ) ανάρτησης ορών και αντλιών έγχυσης φαρμάκων
 - δ) ανάρτησης αναπνευστήρα και monitor μεταφοράς και οβίδα οξυγόνου
 - ε) προστατευτικά πλαϊνά
 4. Φορεία τροχήλατα μεταφοράς ασθενών με δυνατότητα
 - α) ανάσπασης θώρακος
 - β) ανάρτησης ορών, οβίδας οξυγόνου, φορητού monitor
 - γ) προστατευτικά πλαϊνά
 5. Φορεία ακινητοποίησης σώματος (σκούπες)
 6. Νάρθηκες σώματος, στρώματα πολυτραυματία (shell mattress)
- (Επιτροπή Υ.Υ. και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.).

Είναι αρκετά σημαντικό να μιλήσουμε σ' αυτό το σημείο για την απομόνωση και ασφάλεια του Τ.Ε.Π. Η ασφάλεια στο τμήμα αυτό τις μέρες της γενικής εφημερίας είναι ανύπαρκτη. Τα βράδια κυρίως παρατηρείται μεγάλη κίνηση και εκτός των πραγματικά ασθενών κυκλοφορούν μεθυσμένοι, τοξικομανείς, εξαγριωμένοι συνοδοί που κατά την γνώμη τους παραμελούνται οι ασθενείς τους κ.τ.λ. Η κατάσταση αυτή εγκυμονεί κινδύνου για το ιατρικό και λοιπό προσωπικό και εμποδίζει την καλή και απρόσκοπτη λειτουργία του τμήματος. Γι' αυτό πρέπει να υπάρχουν απαγορευτικές πινακίδες στις εισόδους των ιατειρών. Σε μόνιμη βάση, κατά τις μέρες της γενικής εφημερίας και όλο το 24ωρο, πρέπει να υπάρχει φύλακας και μάλιστα με στολή, έτσι ώστε να επεμβαίνει και να αποτρέπει τυχόν δυσάρεστα γεγονότα και με την παρουσία του να δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στους εργαζομένους στον χώρο αυτό.

Ακόμα, όπως όλοι μπορούμε να καταλάβουμε, με αυτές τις συνθήκες δεν είναι δυνατόν να γίνει σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση των περιστατικών, όπως πρέπει, και βέβαια είναι αδύνατον να τηρηθούν έστω και οι απλοί κανόνες καθαρότητας και αντισηψίας (Γερογιάννης Ν., «Το Τ.Ε.Π. στο ελληνικό νοσοκομείο. Πως μπορεί να οργανωθεί σε πρώτη φάση», Ελλ. Ιατρική, 1997,

τόμος 63, τεύχος 3, σελ.244-254, περίοδος Δ', εκδότης University Studio Press).

5.3.2. Χώρος διαλογής (TRIAGE)

Πρόκειται για τον πρώτο χώρο στο εσωτερικό του Τ.Ε.Π. όπου επιτελούνται σημαντικές λειτουργίες όπως:

1. Καταγραφή των στοιχείων του ασθενούς, της ώρας προσέλευσης ή προσκόμισης σε ειδικό έντυπο (registration record).
2. Καταγραφή του προβλήματος του ασθενούς, καθώς και των ευρημάτων από την αρχική εξέταση, των ζωτικών σημείων (αναπνοές, σφυγμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης) σε ειδικό έντυπο (triage record).

Ο χώρος είναι ενιαίος, διαχωριζόμενος με κουρτίνες, τόσο για τους ασθενείς σε φορείο (όσοι μπορούν να περάσουν από triage) τόσο και για τους περιπατητικούς ασθενείς.

Σκοπός των διαδικασιών διαλογής (TRIAGE) είναι ο καθορισμός της σοβαρότητας μιας ασθένειας ή τραύματος κάθε ασθενούς που εισέρχεται στο Τ.Ε.Π. Η λέξη TRIAGE προέρχεται από το γαλλικό ρήμα trier = διαλέγω, ταξινομώ.

Το **TRIAGE** διακρίνεται σε :

1. TRIAGE Καταστροφών

Στόχος τους είναι η παροχή φροντίδας σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών

2. TRIAGE Στρατιωτικό

3. TRIAGE Καθημερινό

Εδραιώθηκε από το 1969 και μετά με την μεγάλη ζήτηση για Επείγουσα Φροντίδα

(Ασκητοπούλου Ε., Εισαγωγή στην επείγουσα και εντατική Ιατρική. Επείγουσα και εντατική Ιατρική, Αθήνα 1991, σελ.23-42, Εκδόσεις Λίτσας).

Κάθε σύστημα TRIAGE έχει:

- **Πρωταρχικούς στόχους** που περιλαμβάνουν:

-- Την γρήγορη αναγνώριση των ασθενών με επείγοντα και απειλητικά για την ζωή τους προβλήματα υγείας

-- Την αξιολόγηση και επαναξιολόγηση του κύριου παραπόνου που αναφέρει ο ασθενής και τα σχετιζόμενα συμπτώματα

-- Την λήψη ενός σύντομου ιστορικού

-- Την φυσική εξέταση και μέτρηση των ζωτικών

- **Συμπληρωματικούς στόχους** που είναι:

-- Ιεράρχηση των αναγκών των ασθενών

-- Ρύθμιση της ροής των ασθενών στο Τ.Ε.Π.

-- Καθορισμός της πιο κατάλληλης περιοχής που θα δεχθεί την φροντίδα ο ασθενής

-- Γραμματειακά καθήκοντα

-- Παροχή πληροφοριών και κατευθύνσεων

-- Έλεγχος του πλήθους

-- Ασφάλεια

(Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας, Οργάνωση τμήματος επειγόντων περιστατικών, «Διαδικασίες διαλογής στο Τ.Ε.Π. Παπαγεωργίου – Απολογισμός 15 μηνών λειτουργίας», Γεώργιος Γεωργιάδης).

Ο βαθμός στον οποίον ένα σύστημα TRIAGE περιλαμβάνει αυτές τις λειτουργίες εξαρτάται από την προσέλευση των ασθενών, το διαθέσιμο προσωπικό, την ύπαρξη εξειδικευμένων περιοχών θεραπείας όπως μονάδων αναζωογόνησης – ανάνηψης – χειρουργείων – βραχείας νοσηλείας και τέλος από τους διαθέσιμους επαγγελματίες υγείας.

Η διαλογή είναι η κατηγοριοποίηση των ασθενών σε 2 επίπεδα βαρύτητας:

TRIAGE επίπεδο I – Εξαιρετικά επείγοντα

Είναι οι ασθενείς που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα, η καθυστέρηση μπορεί να είναι μοιραία για τη ζωή του ασθενούς ή να προκαλέσει μόνιμες δυσλειτουργίες / βλάβες. Τέτοιες καταστάσεις είναι:

-- δυσκολίες αεραγωγού και αερισμού

-- καρδιακή ανακοπή

-- βλάβες αυχενικής μοίρας

-- καταστάσεις επιληψίας

-- ακατάσχετη ή υποψία μεγάλης αιμορραγίας

--προβλήματα όπως δηλητηριάσεις, υπερβολική δόση, καρδιολογικές και διαβητικές επιπλοκές

- ανοιχτά θωρακικά ή κοιλιακά τραύματα
- shock
- ορατές πολλαπλές κακώσεις
- πολύ υψηλή θερμοκρασία (πάνω από 40,5)
- επείγων τοκετός, επιπλοκές τοκετού – αιμορραγία, σημεία εκλαμψίας
- εισπνευστικό ή έγκαυμα μεγάλης έκτασης > 25%

TRIAGE επίπεδο II – Επείγοντα

Είναι οι ασθενείς που πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα στα 20 min –

1h. Τέτοιες περιπτώσεις είναι:

- θωρακικός πόνος
- εγκαύματα
- μεγάλα πολλαπλά κατάγματα
- αμβλυμένο ή διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης
- βλάβες ράχης με ή χωρίς βλάβες νωτιαίου μυελού
- επίμονη ναυτία εμετοί ή διάρροιες
- δυνατός πόνος
- θερμοκρασίες από 39 - 40,5
- οξείες καταστάσεις πανικού, υπερβολική χρήση φαρμάκων, φανερή ή υποψία δηλητηρίασης

TRIAGE επίπεδο III – Μη επείγοντα

Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να περιμένουν και 1 ημέρα αν χρειαστεί:

- χρόνια οσφυαλγία
- μέτριος πονοκέφαλος
- μικρά κατάγματα ή άλλες κακώσεις
- κρυολογήματα
- νεκρός κατά την προσκομιδή

(Επιτροπή Υ.Υ. και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

Υπάρχουν ακόμη 5 κατηγορίες κατάταξης ασθενών με Χρωματική ταξινόμηση:

1^η κατηγορία Κόκκινο ► άμεση αναζωογόνηση και αντιμετώπιση

2^η κατηγορία Πορτοκαλί ► υπέρ επείγον, με αντιμετώπιση εντός 10'

3^η κατηγορία Κίτρινο ► επείγον, με αντιμετώπιση εντός 30 – 60’

4^η κατηγορία Πράσινο ► ημιεπείγον, με αντιμετώπιση εντός 60 – 120’

5^η κατηγορία Μπλε ► επείγον, με αντιμετώπιση εντός 120 – 240’

Αναλύοντας την 1^η κατηγορία (κόκκινο – άμεση αναζωογόνηση και αντιμετώπιση), μπορούμε να αναφερθούμε στις Κόκκινες σημαίες «red flags» - Είναι σημάδια κινδύνου. Μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά σε ξαφνική καταστροφική τροπή της έκβασης του τραυματία. Αυτά είναι:

- ατυχήματα με μηχανή με ταχύτητα >90 km/h
- δυνάμεις επιτάχυνσης κατά το ατύχημα όπως σε πτώση ή έκρηξη
- απώλεια συνείδησης μετά το ατύχημα
- περίεργη σκέψη και λόγος ή απρεπείς/παράλογες αντιδράσεις
- θωρακικός ή κοιλιακός πόνος μετά τον τραυματισμό
- κάταγμα 1^{ης} και 2^{ης} πλευράς/υψηλή θνησιμότητα
- κάταγμα 9^{ης} , 10^{ης} και 11^{ης} πλευράς ή πάνω από 3 πλευρών
- πιθανή εισρόφηση
- πιθανή κάκωση αυχενικής μοίρας σε ασθενή με κάκωση κεφαλής
- σφυγμός >120 σε ανάπαυση

(Julie G. Bracken Triage – Emergency).

Η αντιμετώπιση του ασθενή που χαρακτηρίζεται ως «επείγον περιστατικό» γίνεται σύμφωνα με το ABCDE, που αφορά την ιεράρχηση στις ενέργειες μας με πρωταρχικό σκοπό τη σωτηρία της ζωής. Οι προτεραιότητες είναι κοινές για τους ενήλικες και τα παιδιά και αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της κατάστασης που είναι πιο επικίνδυνη για τη ζωή. Η σειρά λοιπόν των προτεραιοτήτων είναι:

A. (airway): εξασφάλιση της βατότητας της ανώτερης αναπνευστικής οδού, με παράλληλο έλεγχο της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Τοποθετούμε κολάρο αν δεν υπάρχει ήδη. Κάνουμε τους κατάλληλους χειρισμούς για τη διάνοιξη του στόματος και την απομάκρυνση των ξένων σωμάτων. Τοποθετούμε στοματοφαρυγγικό καθετήρα και φροντίζουμε για μόνιμη οδό χορήγησης O₂ (διασωλήνωση – κρικοθεροειδοτομή).

(Marrow S., National Triage Scale Exists, Letter BMS, pg.207-317).

B. (breathing): εξασφάλιση του αερισμού. Ανακαλύπτουμε τον τράχηλο και τον θώρακα. Προσδιορίζουμε τη συχνότητα και το βάθος των αναπνοών. Οι σχετικές ενέργειες που κάνουμε είναι χορήγηση O₂ σε υψηλή

συγκέντρωση, αερισμός με τη χρήση μάσκας προσώπου ή βαλβιδικής μάσκας, παροχέτευση υπό τάση πνευμοθώρακα και επιπωματισμό ανοιχτού πνευμοθώρακα.

C. (circulation): εξασφάλιση της κυκλοφορίας. Η ύπαρξη σοβαρής εξωτερικής αιμορραγίας αντιμετωπίζεται στα πλαίσια της πρωταρχικής αναζωογόνησης με άμεσο επιπωματισμό της περιοχής που αιμορραγεί. Αναγνωρίζουμε τα σημεία αιμορραγίας με:

α) σφίξεις: αύξηση συχνότητας, ρυθμός, ποιότητα, παρουσία παράδοξου σφυγμού

β) δέρμα: ωχρό, ψυχρό και υγρό

γ) αρτηριακή πίεση

Οι ενέργειες που κάνουμε είναι επιπωματισμός του σημείου που αιμορραγεί και τοποθέτηση 2 φλεβοκαθετήρων μεγάλης διαμέτρου. Λήψη και αποστολή αίματος για διασταύρωση και ομάδα Rh, αιματολογικό, βιοχημικό. Ταχεία χορήγηση θερμών ορών (Ringers lactade) και αίματος. Σύνδεση του ασθενή με monitor, ΗΚΓ. Τοποθέτηση ουροκαθετήρα και Levin.

D. (disability): διερεύνηση της νευρολογικής κατάστασης. Εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης με εκτίμηση επιπέδου συνείδησης με τη κλίμακα Γλασκόβης. Προσδιορίζουμε τις κόρες όσον αφορά το μέγεθος και την αντίδραση αμφοτερόπλευρα.

E. (exposure – environment control): αφαίρεση ρούχων – εξασφάλιση φυσιολογικής θερμοκρασίας (αλλά πρόνοια για πρόληψη της υποθερμίας).

(Marrow S., National Triage Scale Exists, Letter BMS, pg.207-317).

Όταν δεν προσδιορίζεται καμία άμεσα απειλητική κατάσταση, τότε ο Νοσηλευτής λαμβάνει τα στοιχεία του ασθενούς και συνεχίζει με τη λήψη μιας σύντομης συνέντευξης. Θα πρέπει να επικεντρώσει την έρευνα του στο βασικό παράπονο του ασθενούς και στα συνεχιζόμενα συμπτώματα.

Η οξύτητα καθορίζεται εκτός από την σύντομη συνέντευξη από τις οπτικές παρατηρήσεις, την ψηλάφηση του σφυγμού και την όσφρηση. Η κύρια συνέντευξη του triage και η λήψη ζωτικών σημείων δεν λαμβάνονται υπόψη στην πρώτη βαθμίδα. Εάν ο ασθενής δεν απαιτεί άμεση φροντίδα, συμπληρώνεται ένα διάγραμμα πριν ο ασθενής σταλεί στη δεύτερη βαθμίδα του συστήματος (Advanced Triage – σύστημα διαλογής με βαθμίδες, Εικ.1) για τη συνέντευξη και τη λήψη ζωτικών σημείων.

Τα πρωτόκολλα του TRIAGE ενεργοποιούνται στη δεύτερη βαθμίδα. Η εφαρμογή πρωτοκόλλου για κοιλιακό πόνο, πόνο στο στήθος, ορθοπεδικά τραύματα, μικρότερα τραύματα, τραύμα στο μάτι, γυναικολογικά συμπτώματα, παιδιατρικά επείγοντα, παιδικός πυρετός, κατάχρηση ουσιών πρέπει να είναι απόλυτα κατανοητά στους Νοσηλευτές (Εικ.2, 3, 4).

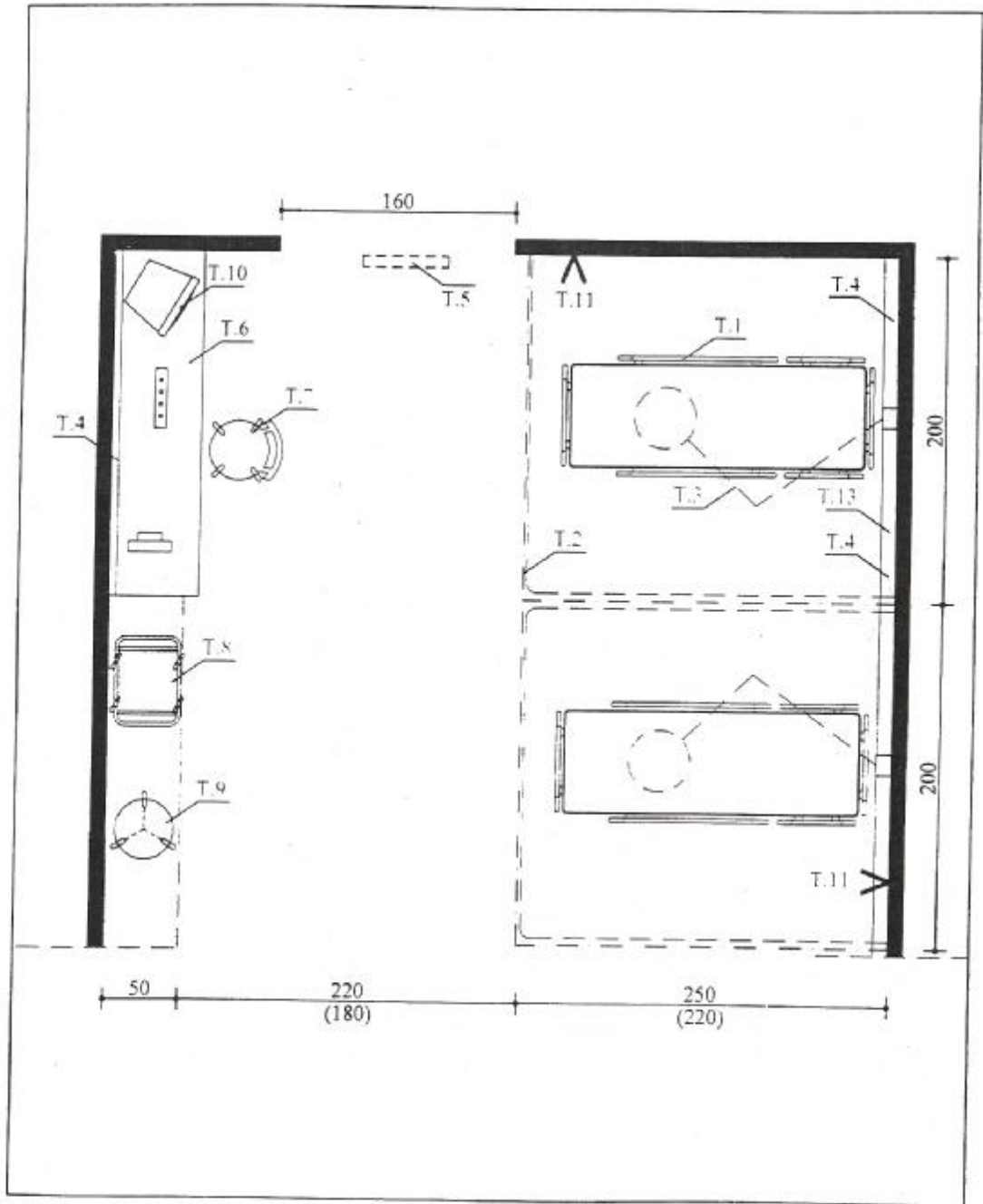
Στα πλαίσια ενός προχωρημένου συστήματος Διαλογής πολλαπλών βαθμίδων ο Νοσηλευτής Υποδοχής – Διαλογής δεν ασχολείται με την ολοκληρωμένη αξιολόγηση του TRIAGE. Έχει συνεχή και άμεση πρόσβαση σε όποιον εισέρχεται στον χώρο και μπορεί να προσδιορίσει ταχύτατα τους ασθενείς που χρειάζονται άμεση και επείγουσα φροντίδα.

Ανεξάρτητα από τη διαδικασία που χρησιμοποιείται, η αρχιτεκτονική δομή του Τμήματος θα πρέπει να υποστηρίζει την λειτουργία του συστήματος. Όταν εφαρμόζεται ένα σύστημα TRIAGE πολλαπλών βαθμίδων τότε θα πρέπει η πρώτη να παρέχει άμεση οπτική επαφή με την κύρια είσοδο το Τ.Ε.Π. (Αγγουριδάκης Π., Δανδράκης Π., «Βασικές αρχές οργάνωσης του Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα, Ιατρική 2002, 81(5): σελ.403-416, Εκδότης Πετρίκκος Γ.).

Όσον αφορά τον ιατρικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό χώρο διαλογής πρέπει να περιέχει:

- φορείο τύπου emergency
- διαχωριστική κουρτίνα
- προβολέα εξέτασης επί ράγας
- επίτοιχο ρολόι μιας όψης
- πάγκο εργασίας
- τροχήλατο κάθισμα εργασίας
- τροχήλατο νοσηλείας
- τροχήλατο κάδο απορριμμάτων
- computer
- τριπλό άγκιστρο
- ράγα ανάρτησης ιατρικών μικροσυσκευών
- σετ εξέτασης με α) πιεσόμετρο, β) οφθαλμοσκόπιο και γ) λαρυγγοσκόπιο (Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

(Α. Χαλκιάκη - Α.Σ. Σαργάνη και συνεργάτες Ο.Ε., ΤΕΠ - Προβλεπόμενος εκτός-διαγράμμισης εξοπλισμός ΔΕΛΤΑΝΟΥ Α.Ε.)
ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ - TRIAGE



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Εκτός περιμέτρου τίθεται η ελάχιστη απαιτούμενη διάσταση.
2. Το σκαριφτήρι είναι εκτός κλίμακας.

Εικόνα 2

Δείγμα πρωτοκόλλου ΤΕΠ.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ

Επίσημο	Όνομα	Ημέρ/Ώρα
Επίπεδο αλγών/επιπλοή	Όνομα	
Υπόθεση	Π.Δ. Στοιχ	
Διαγνωστική κατάσταση	Σελ	
Υπογραφή		


Έκδοση 199

Χρόνος προσέλευσης:

ΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ	ΘΣΣΙΑ ΓΛΑΥΚΩΜΗ	ΑΤΥΧΗΜΑ	ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	ΜΕΤΑΦΟΡΑ Ε.Κ.Α.Β.
ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ					

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	<table border="1"> <tr> <th>ΑΝΟΙΓΜΑ ΜΑΤΙΩΝ</th> <th>ΔΕΞΤΗΡΗ ΑΠΛΗΝΗ</th> <th>ΕΞΗΤΗΡΗ ΑΠΛΗΝΗ</th> </tr> <tr> <td>Ανοιχτά 4</td> <td>Προσαντολισμένη 5</td> <td>Εκστη σε επαφή 6</td> </tr> <tr> <td>Με επαφή 3</td> <td>Συζητητά 4</td> <td>Εκστη σε πόνο 5</td> </tr> <tr> <td>Εκ πόνο 2</td> <td>Ανεπαρκής 3</td> <td>Λοκατή σε πόνο 4</td> </tr> <tr> <td>Ουδμία απύρ. 1</td> <td>Ακατανοητή 2</td> <td>Μηχανική αγωγή 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ουδμία 1</td> <td>Μηχανική αγωγή 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Ουδμία 1</td> </tr> </table>	ΑΝΟΙΓΜΑ ΜΑΤΙΩΝ	ΔΕΞΤΗΡΗ ΑΠΛΗΝΗ	ΕΞΗΤΗΡΗ ΑΠΛΗΝΗ	Ανοιχτά 4	Προσαντολισμένη 5	Εκστη σε επαφή 6	Με επαφή 3	Συζητητά 4	Εκστη σε πόνο 5	Εκ πόνο 2	Ανεπαρκής 3	Λοκατή σε πόνο 4	Ουδμία απύρ. 1	Ακατανοητή 2	Μηχανική αγωγή 3		Ουδμία 1	Μηχανική αγωγή 2			Ουδμία 1	
	ΑΝΟΙΓΜΑ ΜΑΤΙΩΝ	ΔΕΞΤΗΡΗ ΑΠΛΗΝΗ	ΕΞΗΤΗΡΗ ΑΠΛΗΝΗ																				
	Ανοιχτά 4	Προσαντολισμένη 5	Εκστη σε επαφή 6																				
Με επαφή 3	Συζητητά 4	Εκστη σε πόνο 5																					
Εκ πόνο 2	Ανεπαρκής 3	Λοκατή σε πόνο 4																					
Ουδμία απύρ. 1	Ακατανοητή 2	Μηχανική αγωγή 3																					
	Ουδμία 1	Μηχανική αγωγή 2																					
		Ουδμία 1																					
<p>ΚΑΙΜΑΚΑ ΓΛΑΥΚΩΜΗΣ</p> <p>Κόρες μείωση ΔΕ, ΑΡ Αντίδραση στα φως κάρμια ΔΕ, ΑΡ Δινοσία</p> <table border="1"> <tr> <td>Ισχυροί</td> <td>Παράλυσις</td> <td>Διαταραχές αισθητικότητας</td> </tr> <tr> <td>Δυστονία</td> <td>Κιωνωση</td> <td>Αποφραγή αεραφόρων οδών</td> </tr> </table>	Ισχυροί	Παράλυσις	Διαταραχές αισθητικότητας	Δυστονία	Κιωνωση	Αποφραγή αεραφόρων οδών																	
Ισχυροί	Παράλυσις	Διαταραχές αισθητικότητας																					
Δυστονία	Κιωνωση	Αποφραγή αεραφόρων οδών																					
<p>ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ</p> <table border="1"> <tr> <td>Απνοία</td> <td>Συριγμός</td> <td>Ισχυροί</td> </tr> <tr> <td>Υγροί ροχχοί</td> <td>Εισροφηρή</td> <td></td> </tr> </table>	Απνοία	Συριγμός	Ισχυροί	Υγροί ροχχοί	Εισροφηρή		<p>ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΜΑΛ. ΜΟΡΙΩΝ</p> <p>Ανοικτή / Κλειστή</p> <p>ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ Ανοικτά (#) / Κλειστά (⊕)</p>																
Απνοία	Συριγμός	Ισχυροί																					
Υγροί ροχχοί	Εισροφηρή																						
<p>ΚΑΡΔΙΑ</p> <p>ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ</p> <table border="1"> <tr> <td>Πόνος στήθους</td> <td>Shock</td> <td>Ερυθρές / μπλ</td> </tr> <tr> <td>Α.Π. mmHg</td> <td>Αρρυθμία</td> <td>Υποτασσία</td> </tr> <tr> <td>Καρδιακή μαρμαρυγή</td> <td>Αισιτασία</td> <td>Ηλεκτροκαρδιογραφικός διαταραγμένος</td> </tr> </table>	Πόνος στήθους	Shock	Ερυθρές / μπλ	Α.Π. mmHg	Αρρυθμία	Υποτασσία	Καρδιακή μαρμαρυγή	Αισιτασία	Ηλεκτροκαρδιογραφικός διαταραγμένος	<p>Φάρμακα</p> <p>Άδρια αίματος</p> <p>PH PCO₂ PO₂ BE Κορεσμός O₂</p>													
Πόνος στήθους	Shock	Ερυθρές / μπλ																					
Α.Π. mmHg	Αρρυθμία	Υποτασσία																					
Καρδιακή μαρμαρυγή	Αισιτασία	Ηλεκτροκαρδιογραφικός διαταραγμένος																					
<p>ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</p>																							
<p>ΙΑΤΡΟΣ</p>	<p>Υπογραφή</p>																						

Αγγελος Σάββας Π. και Δασυδρακίτης Π., Βασικές αρχές οργάνωσης του Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα, Ιατρική 2002, 82 (5): 403-416, Ευδότης Γ. Πατρίκιος



Εικ. 9. Δείγμα πρωτοκόλλου ΤΕΠ.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ


Είδος	Όνομα	Υπορ. Τόπος
Είδος αόζωνη αιμοφί	Όνομα	
Ενδέσως	Υψ. μίας	
Διαθέσιμη κατάσταση	Υψ.	
Χρονική		

Εξοχή 199

Χρόνος προσέλευσης:

**ΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
"ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ	ΘΕΣΙΑ ΠΛΑΘΗΣΗ	ΑΤΥΧΗΜΑ	ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	ΜΕΤΑΦΟΡΑ Ε.Κ.Α.Β.
ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ					

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΑΝΟΙΓΜΑ ΜΑΤΙΩΝ Αυτόματο 4 Με εντολή 3 Σε πόνο 2 Ουδμία εντάρ. 1	ΔΕΚΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ Προσαντολισμένη 5 Συγγνωστή 4 Ανεπαρκής 3 Ακατανόητη 2 Ουδμία 1	ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ Σκόπη σε εντολή 6 Σκόπη σε πόνο 5 Άκαση σε πόνο 4 Μηχανική κόπση 3 Μηχανική άσταση 2 Ουδμία 1	Κ Α Κ Ω Σ Τ Ε Ι Σ 
	ΚΑΙΜΑΚΑ ΓΛΑΣΚΩΣΗΣ			
	Κόρες μεθρίαση ΔΕ. ΑΡ. Σπασμοί	Αντίδραση στο φως κομπίε ΔΣ. ΑΡ. Περαιθικός	Δύναμη Διαταραχές αισθητικότητας	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	Δυσπνοια Απνοια Υγροί ρόχοι	Κωλύση Συριγμός Εισρόφηση	Αποφροση αεραφόρων οδών Ίσπαμος	ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΜΑΛ. ΜΟΡΙΩΝ Άνοιξη I Κλειστή _
				ΚΑΤΑΣΤΑΤΑ Άνοιξη (P Κλειστή ⊕
				Φάρμακα Αέρια αίματος
ΚΑΡΔΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ	Πόνος στήθους Α.Π. mmHg	Shock Αρρυθμία Ακουστικά	Ίσδεας Υποοιστοίδια Ηλεκτροκαρδιογράμμος διαχωρισμός	PH PCO ₂ PO ₂ BE Κορεσμός O ₂
	Κοιλιακή μαρμαρυγή			
	ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΥΡΗΜΑΤΑ			

ΙΑΤΡΟΣ

Υπογραφή

(Αρχαρίδης Π. και Δανδραίου Π., Βασικές αρχές οργάνωσης του Τ.Ε.Π στην Ελλάδα, Ιατρική 2002, 84(5) : 403-416, Ευδότης Γ. Πετρίτσος)

Ομάδα Αίματος		ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΠΟΡΕΙΑ										Όνομα	
Ενδεδειγμένα Χαρτομηνιά Υγρό		10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ
													Ht
													Hb
													K
													Na
	Φάρμακα												Ουρίνη
													Κρεατίνη
													Γάλακτο
													SCOT
													SGPT
													Quick
													PTT
SpO ₂ ETCO ₂												ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΡΕΤΑΣΕΙΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ	
ΑΠΙΝΩΣΗ												Θώρακας / άκρον Κράνιο / άκρον Σπονδυλική στήλη Αιχμ. μωρ. σπονδ. στήλης Ακρότης	
ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ												ΑΣΘΙΚΗ Κράνιο Θώρακας - Σπονδ. στήλη	
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ												ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΣ ΠΙΕΣΗΣ	
ΣΦΥΣΕΙΣ												ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ	
ΕΚΕ ΚΟΙΜΙΑΚΗ ΜΗΡΚΑΡΤΗ												ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ +	
ΑΝΑΠΝΟΗ												ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΙΑΤΡΟΙ Νευροχειρουργός	
ΑΝΑΠΝΟΗ												Χειρουργός	
ΑΝΑΠΝΟΗ												Ορθοπαιδικός	
Διάγνωση													
Σκοπός μεταφοράς:												Συνοδεία γιατρού Ναι / Όχι	
Ανασθησιολόγος:												Χειρουργός	

(Αγγελίδης Π. και Δουδρινός Π., Βραβείο απόδοσης του Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα, Ιατρική 2002, 81(5):403-416, επιμέλεια Γ. Πετρίκκος)

5.3.3. Χώρος εξέτασης

Ο χώρος εξέτασης νοσηλείας είναι ενιαίος χώρος, διαχωριζόμενος με ειδικές κουρτίνες, ανά θέση εξέτασης.

Σε σημείο που εξασφαλίζει πλήρη εποπτεία χώρου, τοποθετείται ο σταθμός νοσηλείας με την στάση αδελφής, τα τροχήλατα νοσηλείας, όλα τα τροχήλατα ιατρικά μηχανήματα, καθώς και ερμάρια φαρμακευτικού υλικού και υλικού μιας χρήσης.

Σε σταθερά σημεία του χώρου, τοποθετούνται οι νιπτήρες για το πλύσιμο χεριών των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο σταθμός νοσηλείας πρέπει να είναι επαρκής σε μέγεθος και τουλάχιστον 12 m².

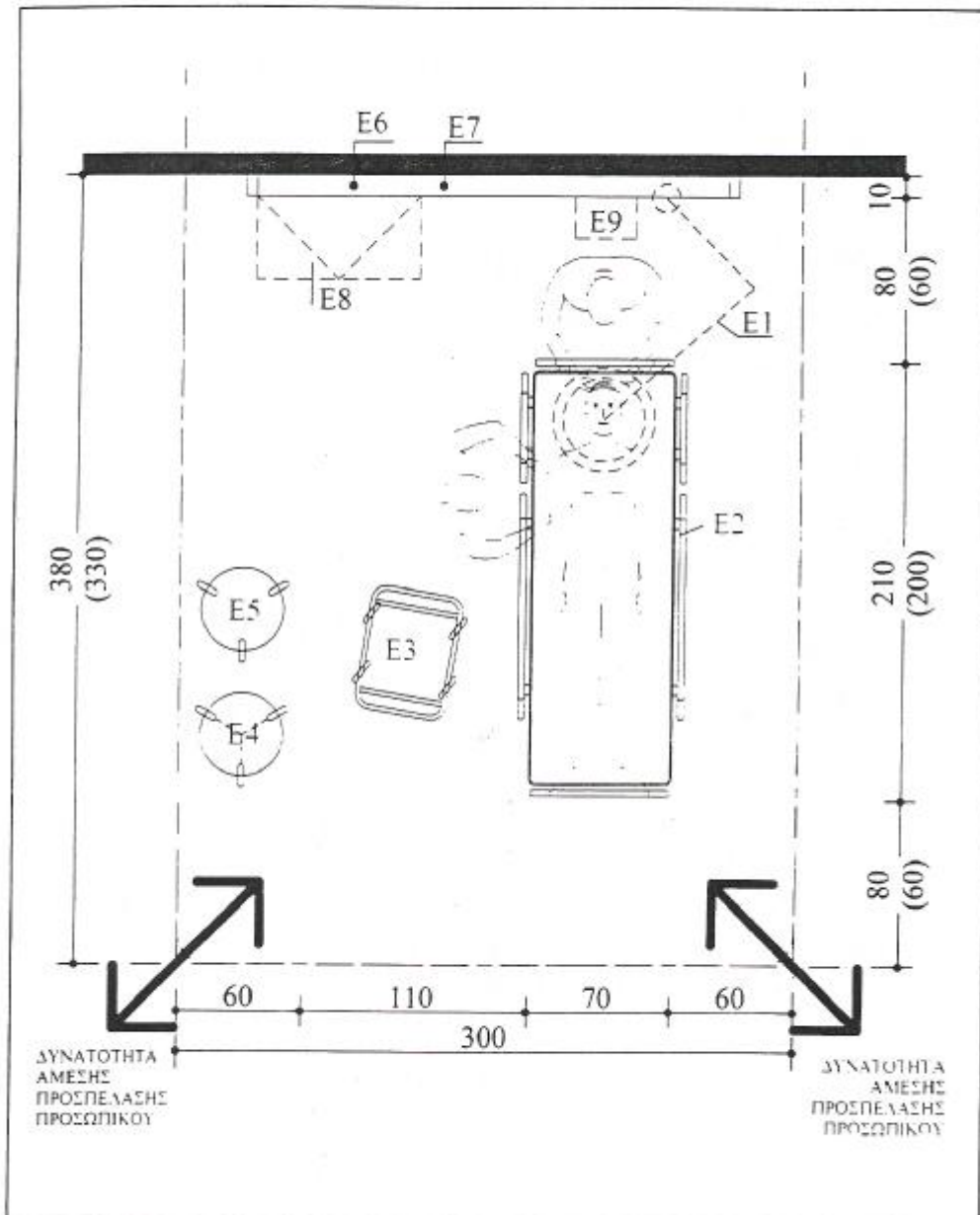
Πρέπει να έχει κλειστά συρτάρια υλικού (φαρμακευτικού και μιας χρήσης), καθώς και επαρκή χώρο για στάθμευση όλων των τροχήλατων μηχανημάτων.

Ο ιατρικός και ξενοδοχειακός εξοπλισμός στο χώρο αυτό είναι:

- εξεταστική λυχνία σε ράγα
- φορείο ασθενούς
- τροχήλατο νοσηλείας
- περιστρεφόμενο κάθισμα (χωρίς πλάτη)
- τροχήλατος κάδος απορριμμάτων
- ράγα ανάρτησης μηχανημάτων τύπου επίτοιχη με πιεσόμετρο, διαγνωστικό (ωτοσκόπιο, οφθαλμοσκόπιο), set λαρυγγοσκοπίου, θερμόμετρα
- ανακλινώμενο γραφείο
- monitor πίεσης (οξυμετρίας (1 ανά 2 θέσεις)

Κάθε χώρος περιβάλλεται με ειδική κουρτίνα τύπου Silent-Gliss με ειδικό αντιμικροβιακό ύφασμα και διάταξη που επιτρέπει την άνετη και άμεση πρόσβαση του προσωπικού (Καλογεράκου Σ., «Σχεδιασμός – Οργάνωση - Στελέχωση του Τ.Ε.Π.», Νοσηλευτική Παθολογική Ειδικότητα).

(Α. Χάσιμι - Α.Δ. Σαρχόνη και συνεργάτες Ο.Ε., Τ.Ε.Π - Προδιαγραφές
 σχεδιασμού και κατ'ελάχιστον εξοπλισμού, ΔΕΛΤΑΝΟΗ Α.Ε.)
ΘΑΛΑΜΙΣΚΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ
 (ΤΥΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΟΝ ΕΝΙΑΙΟ ΧΩΡΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ)



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Εντός παρενθέσεων τίθεται η ελάχιστη απόσταση διάσπασης.
2. Το σκαρίφημα είναι εκτός κλίμακας.

5.3.4. Μεμονωμένα εξεταστήρια

Στον ευρύτερο χώρο εξέτασης και περιμετρικά τοποθετούνται τα μεμονωμένα εξεταστήρια. Ο αριθμός τους και το είδος καθορίζεται από τις ειδικότητες του Νοσοκομείου.

Τα εξεταστήρια που πρέπει να λειτουργούν ξεχωριστά είναι κατά βάση του Παθολογικού Τομέα (παθολογικό, καρδιολογικό, πνευμονολογικό, νευρολογικό κ.α.) και του Χειρουργικού Τομέα (χειρουργικό, ορθοπεδικό, νευροχειρουργικό, ΩΡΛ, οφθαλμολογικό κ.α.).

Σε ειδική ενότητα και θέση τοποθετείται το παιδιατρικό εξεταστήριο, εφόσον αυτό δημιουργείται στο Τ.Ε.Π. Έχει δική του υποαναμονή και χώρο υγιεινής για τα παιδιά. Το παιδιατρικό εξεταστήριο (1 ή 2 χώροι) καθώς και οι υποστηρικτικοί του χώροι (αναμονή, W.C.) πρέπει να σχεδιαστούν με ιδιαίτερη φροντίδα ως προς το περιβάλλον, το χρώμα, τα υλικά και να εξοπλισθούν με παιχνίδια, που θα βοηθούν στην αναίρεση του άγχους παιδιών και γονέων.

Σε ένα μεμονωμένο εξεταστήριο και συγκεκριμένα σε ένα γυναικολογικό, ο ιατρικός και ξενοδοχειακός εξοπλισμός πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- γυναικολογική εξεταστική κλινική (BOOM)
- περιστρεφόμενο κάθισμα, χωρίς πλάτη (ρυθμιζόμενου ύψους)
- τροχήλατος κάδος απορριμμάτων
- εξεταστική λυχνία επίτοιχη
- ράγα επίτοιχη ανάρτησης ιατρικών μικροσυσκευών όπως:
 - σφυγμομανόμετρο
 - ροόμετρο οξυγόνου με υγραντήρα
 - πιεσόμετρο
 - σερ γυναικολογικών εξετάσεων
 - κολποσκόπιο με camera και οθόνη

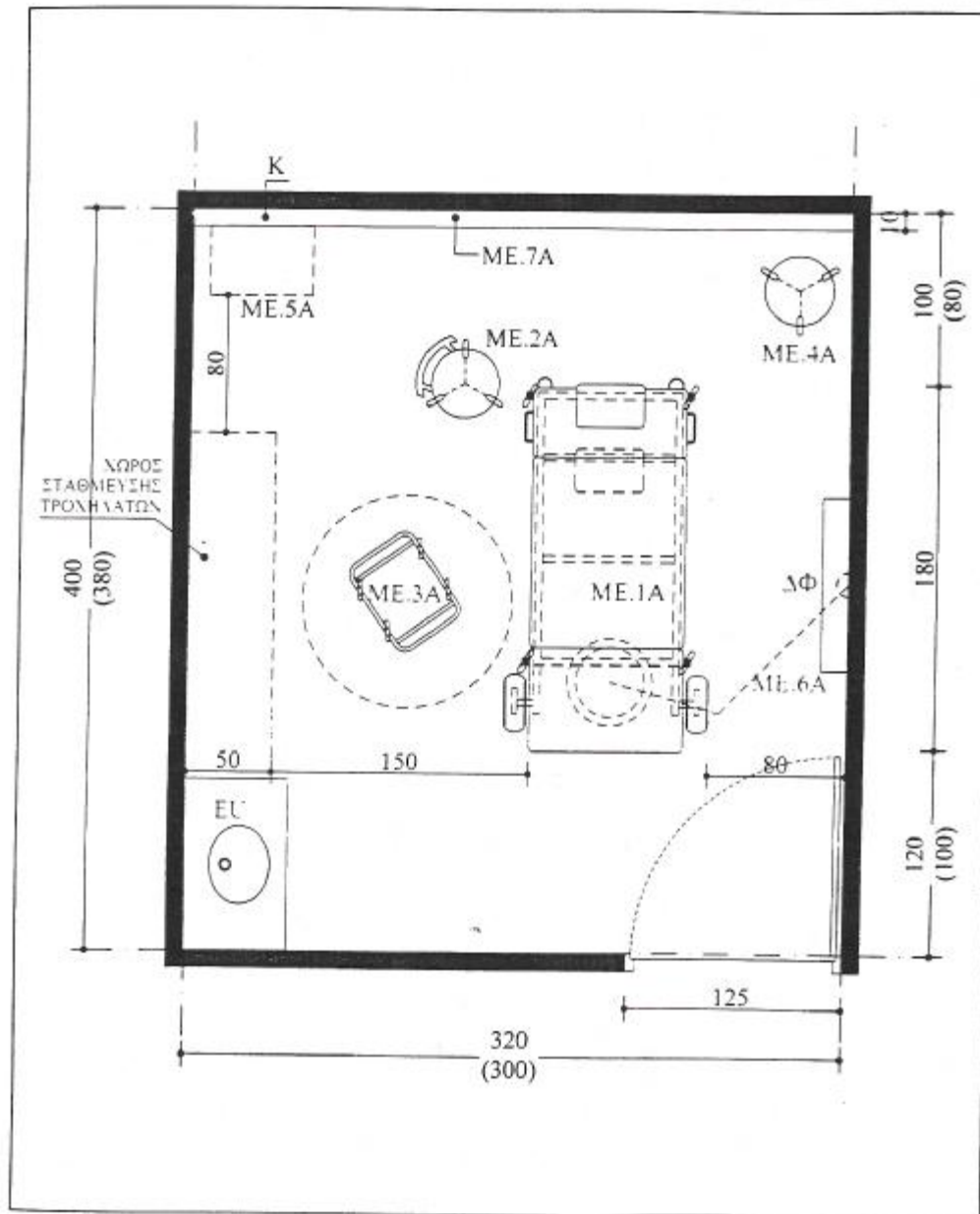
Όσον αφορά τον εξοπλισμό του ΩΡΛ και οφθαλμολογικού εξεταστηρίου έχουμε:

- πολυθρόνα εξέτασης
- περιστρεφόμενο κάθισμα, χωρίς πλάτη (ρυθμιζόμενου ύψους)
- τροχήλατο νοσηλείας
- τροχήλατος κάδος απορριμμάτων
- ανακλινώμενο γραφείο

- εξεταστική λυχνία επίτοιχη
 - ράγα επίτοιχη ανάρτησης ιατρικών μικροσυσκευών όπως:
 - σφυγμομανόμετρο
 - ροόμετρο οξυγόνου με υγραντήρα
 - πιεσόμετρο
 - αναρρόφηση κενού, επίτοιχη λήψη
 - σετ λαρυγγοσκοπίου (παιδιών και ενηλίκων)
 - σύνθετη συσκευή ΩΡΛ εξετάσεων
 - σετ οφθαλμολογικών εξετάσεων
- (Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

(Α. Χαράδης - Α.Σ. Σαρχάνη και συνεργάτες Ο.Ε., Τ.Π. - Προδαγάρης
Εξοπλισμοί και Κατασκευές - Εξοπλισμού, ΝΕΠΑΚΟΥ Α.Ε.)

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟ ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΟ (ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ)



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Εντός παρενθέσεων: τίθεται η ελάχιστη αποδεκτή διάσταση.
2. Το σκαριφτήριον είναι εκτός κλίμακας.

5.3.5. Μονάδα Βραχείας Παρακολούθησης

Πολλοί ασθενείς χρειάζονται παρακολούθηση εντός του Τ.Ε.Π., γιατί ενώ έχουν εξετασθεί από τον ιατρό, η κατάστασή τους παραμένει ασταθής. Άλλοι ασθενείς χρειάζονται ανάνηψη πριν φύγουν από το τμήμα. Τέλος, ασθενείς μεγάλης ηλικίας μπορεί (κατά περίπτωση) να κρατηθούν για ολονύκτια παρακολούθηση.

Η μονάδα βραχείας παρακολούθησης πρέπει να είναι χώρος ενιαίος, απαιτεί εποπτεία νοσηλευτικού προσωπικού, χώρο υγιεινής και μόνωση για ειδικούς ασθενείς, όπως π.χ. αλκοολικούς, τοξικομανείς κ.λ.π.

Ο αριθμός των κλινών ορίζεται με βάση την δυναμικότητα του τμήματος από 5 έως 10 κλίνες και 1 έως 2 μονώσεις.

Θεωρείται απαραίτητη η ύπαρξη ενός χώρου υγιεινής (W.C.) ανά 5 κλίνες παρακολούθησης. Πλησίον της μονάδας πρέπει να βρίσκεται ο χώρος συλλογής ακαθάρτων του τμήματος, ο οποίος περιέχει και μηχανήμα έκπλυσης σκουαμίδων.

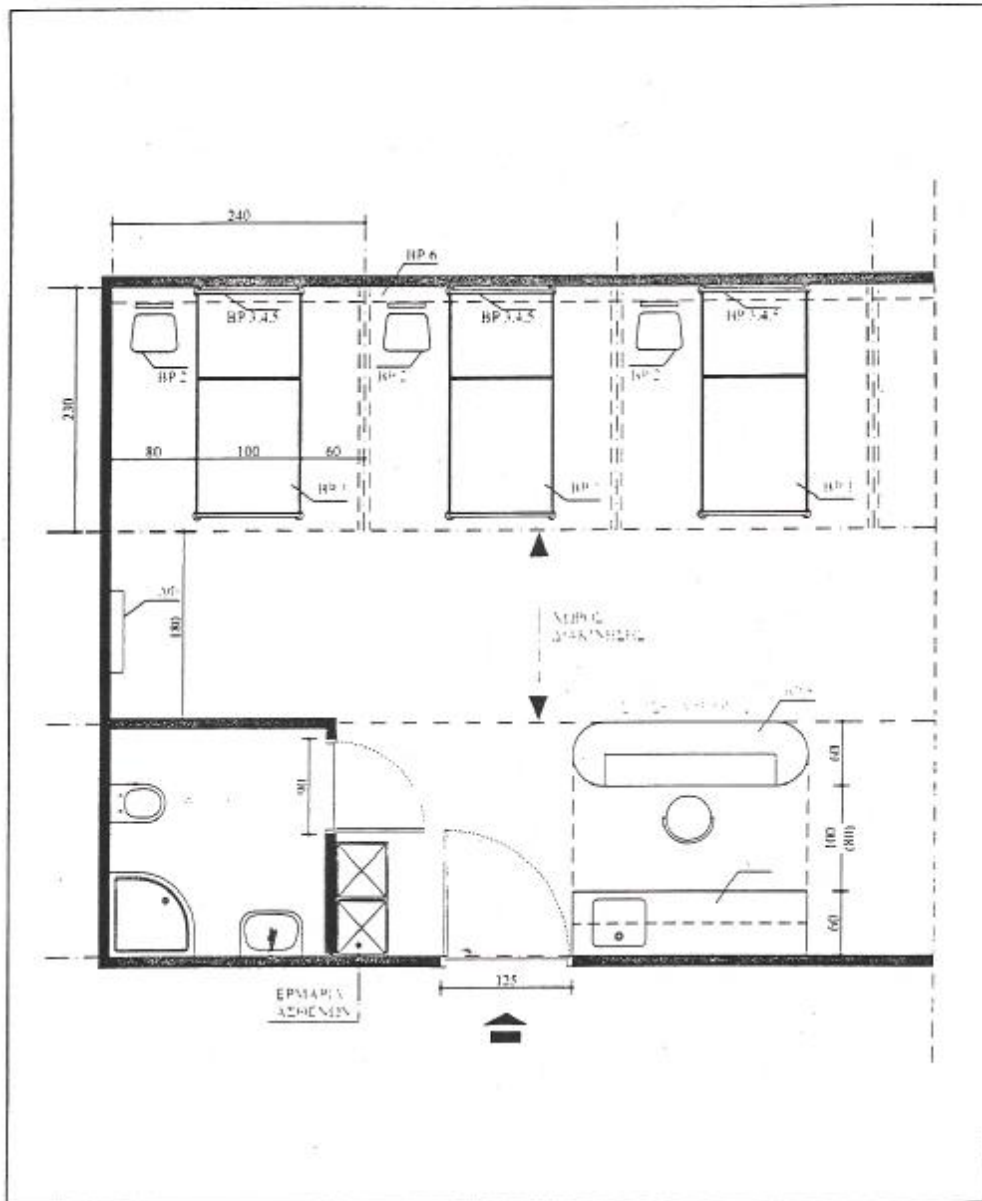
Ο ιατρικός και ξενοδοχειακός εξοπλισμός της μονάδας είναι:

- κλίνη νοσηλείας με στατό ορρού κλίνης και 4 άγκιστρα
- κάθισμα συνοδού
- ροόμετρο οξυγόνου υγραντήρα
- αναρρόφηση κενού επίτοιχη λήψη
- bed head unit με λήψεις ιατρικών αερίων
- κομοδίνο με ενσωματωμένο συρόμενο τραπεζίδιο
- φορητό monitor
- διαχωριστική κουρτίνα
- κάδος απορριμμάτων

(Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

1Α. Χαράση - Α.Σ. Σαρχώνη και Επενδυτές Ο.Ε., Τ.Ε.Π. - Προδιαγραφές
Γκενδιαρίου και Κατρώου Εξοπλισμού, ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.)

ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Ο χώρος Βραχείας Νοσηλείας πρέπει να διαθέτει και δυνατότητα άμεσης χειρουργικής και με δυνατότητα αποστράγγισης από την ίδια αίθουσα.
2. Εντός παρενθέσεως τίθεται η ελάχιστη αποδεκτή διάσταση.
3. Το σκαριόχημα είναι εκτός κλίμακας.

5.3.6. α) Αίθουσα αναζωογόνησης

Η αίθουσα αυτή είναι ένας ειδικός χώρος, με κατάλληλο εξοπλισμό, στον οποίο μπορούν να γίνονται επείγουσες εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις, που να εξασφαλίζουν, όσο είναι δυνατό, την καλύτερη λειτουργία και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Ο ειδικός αυτός χώρος πρέπει οπωσδήποτε να υπάρχει σε κάθε Τ.Ε.Π. τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

Πρέπει να είναι εντελώς απομονωμένο από τους περιπατητικούς ασθενείς και τους συνοδούς που προσέρχονται στο νοσοκομείο την ημέρα της γενικής εφημερίας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί εφόσον υπάρχει ξεχωριστή είσοδος για τα προσκομιζόμενα βαριά περιστατικά. Με αυτό τον τρόπο ο πολυτραυματίας εισάγεται στην αίθουσα αναζωογόνησης χωρίς απώλεια χρόνου και χωρίς να γίνεται θέαμα στους ασθενείς ή συνοδούς.

Η θέση της αίθουσας αναζωογόνησης πρέπει να δίνει την δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στο ακτινολογικό, υπερήχους, στον αξονικό τομογράφο. Να έχει άμεση πρόσβαση στα χειρουργεία και να έχει ξεχωριστή, όπως προείπαμε, είσοδο – έξοδο που θα είναι μόνο για τα βαριά περιστατικά. Επίσης, οι διάδρομος να έχει ικανοποιητικές διαστάσεις για την γρήγορη μεταφορά των φορέων.

Όσον αφορά τις διαστάσεις αυτού του χώρου πρέπει να επιτρέπουν την ανάπτυξη δυο χειρουργικών κρεβατιών, την άνετη τοποθέτηση των μηχανημάτων (αναισθησιολογικό μηχάνημα, monitor κ.τ.λ.) χώρο για το απαιτούμενο υλικό, χώρο για βοηθητικές εργασίες και τέλος κυρίως χώρο για να κινείται το προσωπικό (Ahnefeld FW., Kiliam J., Schuster, Lehrbuch fuer Notfall Medizin, Berlin: Springer Verlag, 1990, 3-16, pg. 347-376).

Ο εξοπλισμός της αίθουσας αναζωογόνησης πρέπει να περιλαμβάνει:

- φορεία τροχήλατα – κλίνες ασθενούς με δυνατότητα
 - μεταβλητού ύψους
 - επιλογής θέσεως ανάσπασης – κατάσπασης θώρακα
 - ανάρτησης αναπνευστήρα και monitor μεταφορά και οβίδας οξυγόνου
 - ανάρτηση ορών και αντλιών έγχυσης φαρμάκων
 - προστατευτικά πλαινά
- επιτοίχιες θέσεις για λήψη οξυγόνου κενού, πεπιεσμένου αέρα
- monitors με δυνατότητα απεικόνισης και καταγραφής Η.Κ.Γ.
- έμμεσης μέτρησης της αρτηριακής πίεσης

- άμεσης μέτρησης αρτηριακής πίεσης
 - πιέσεων πνευμονικής κυκλοφορίας
 - σφυγμική οξυγονομετρία
 - καπνογραφία
 - θερμοκρασία σώματος
 - αναπνευστήρες με δυνατότητα
 - δύο αναπνευστήρες μεταφοράς φορητή για διακομιδή
 - δύο monitors μεταφοράς φορητά με επαναφορτιζόμενες μπαταρίες για διακομιδή
 - καρότσια επειγόντων με απινιδωτή και εξοπλισμό για επείγουσα διασωλήνωση
 - και τεχνητό αερισμό (λαρυγγοσκόπια, ambu, κ.τ.λ.)
 - τρία τροχήλατα εργαλείων
 - τέσσερα τροχήλατα νοσηλείας
 - δύο αναρροφήσεις ηλεκτρικές
 - ένα μηχάνημα ιατρικών αερίων αίματος
 - ακτινολογικό φορητό τροχήλατο μηχάνημα
 - υπερηχογράφος καρδιάς, θώρακος, κοιλίας
 - ένα διαφανοσκόπιο
 - τρεις συσκευές θέρμανσης του ασθενούς
 - τέσσερις αντλίες έγχυσης φαρμάκων
 - καρότσι επειγόντων με απινιδωτή
 - τροχήλατο εργαλείο
 - τροχήλατο κουτιών αποστειρωμένου υλικού
 - τροχήλατο εργαλειοδοσίας
 - τροχήλατο απορριμμάτων διπλής θέσης με κάλυμμα
 - κλίβανος αποστείρωσης
 - στατό ορών οροφής
 - τροχήλατο ακάθαρτου ιματισμού διπλού με κάλυμμα
 - τροχήλατο γύψου
- (Επιτροπή Υ.Υ. και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.).

5.3.6. β) Ομάδα Νοσοκομειακής Αντιμετώπισης Επειγόντων (Ο.Ν.Α.Ε.)

Σ' αυτό το σημείο μπορούμε να μιλήσουμε για την ανάπτυξη της επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας, η οποία αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την ελληνική πραγματικότητα. Προκειμένου να εξασφαλισθεί η συνέχεια των νοσοκομειακών φροντίδων του οξέους και βαρέως πάσχοντα θα πρέπει να αναπτυχθούν οι τέσσερις βασικοί κρίκοι της **νοσοκομειακής αλυσίδας του επείγοντος**. Με αυτό τον τρόπο δεν θα είναι χωρίς νόημα η φροντίδες της ΜΕΘ σε πάσχοντες, που όταν βγουν από την ΜΕΘ πεθαίνουν ή κάνουν επιπλοκές στο νοσηλευτικό όροφο λόγω π.χ. έλλειψη ΜΑΦ, ή ασθενείς επιδεινώνονται στα Τ.Ε.Π. επειδή δεν υπάρχει ειδική ομάδα αντιμετώπισης (ΟΝΑΕ) τους έγκαιρα και αποτελεσματικά.

Ένας από τους κρίκους είναι η **ομάδα νοσοκομειακής αντιμετώπισης_επειγόντων**. Οι άλλοι τρεις κρίκοι που συμπληρώνουν και ολοκληρώνουν την φροντίδα είναι τα **τμήματα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.), οι μονάδες αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ) και οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ)** (1, Ρούσσοι Χ., «Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Αρχές λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας», Εντατική Θεραπεία, Τόμος 3, Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1997, σελ.967-978) και 2) Οργάνωση Προγραμματισμός και Λειτουργία Τ.Ε.Π., Κ.Ε.Κ., ΠΓΝ, Αθήνας «Κοργιαλένιο Μπενάκειο»).

Η ομάδα νοσοκομειακής αντιμετώπισης επειγόντων (ΟΝΑΕ) πρέπει να είναι εγκατεστημένη στο Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου και θα είναι υποχρεωμένη να απαντάει ταχέως και **μέσα σε 3 λεπτά** στις επείγουσες ανάγκες ασθενών που προσέρχονται στο Τ.Ε.Π. Οι επείγουσες αυτές ανάγκες είναι οι ασθενείς των κατηγοριών Ι και ΙΙ δηλαδή ασθενών με απειλητικές για την ζωή καταστάσεις. Επίσης, σε διακομιδές από νοσοκομείο σε νοσοκομείο συμμετέχει σε μεταφορά ασθενών που απειλείται η ζωή τους.

Γενικά η ΟΝΑΕ θα πρέπει να ασχολείται με την:

- έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των νοσοκομειακών επειγόντων
- οριστική ενδονοσοκομειακή διακομιδή των οξέως και βαρέως πασχόντων του νοσοκομείου
- επαναξιολόγηση και βελτίωση του συστήματος αντιμετώπισης των επειγόντων

-- ανάπτυξη πρακτικών οδηγιών για αποδοτική πρώτη αντιμετώπιση κρίσιμων συμβάντων

-- εκπαίδευση στην BLS και ATLS όλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Οι στόχοι της ONAE είναι:

- Εκμετάλλευση χρόνου για άμεση προστασία καρδιάς – εγκεφάλου
- Πρόληψη ιστικής υποξίας και υπό-άρδευσης
- Αποφυγή δευτερεύουσας βλάβης

Η ONAE θα κινητοποιείται ή για ενδονοσοκομειακά επείγοντα ή αμέσως μόλις ειδοποιείται το Τ.Ε.Π. από το ΕΚΑΒ για την διακομιδή αυτών των επειγόντων και θα αναμένει στο Τ.Ε.Π.

Οι χώροι παρέμβασης της ONAE είναι:

-- νοσηλευτικά τμήματα

- ασθενείς σε κίνδυνο
- καρδιο-πνευμονική ανακοπή
- οξεία μετεγχειρητικά συμβάντα

-- Τ.Ε.Π.

- ασθενείς που θα έρχονται από την διαλογή με κατηγορία κόκκινο – πορτοκαλί

- τραύμα – πολυτραυματίας

Με βάση τα εξής κριτήρια καλούμε την ONAE:

-- Αεραγωγός

- οξεία απόφραξη
- ανεπαρκή προστασία

-- Αναπνοή

- αναπνευστική ανακοπή
- αναπνευστική συχνότητα < 8/min ή >30/min
- οξεία υποξία PO₂ < 55mmHg
- οξεία υπερκαπνία PO₂ > 55mmHg

-- Κυκλοφορία

- καρδιακή ανακοπή
- σοβαρή διαταραχή καρδιακού ρυθμού
- φλεβοκομβικός ρυθμός < 40 ή > 140/min
- συστολική αρτηριακή πίεση < 90 mmHg

- P.H < 7,20
- υπερβολική αιμορραγία
- Συνείδηση
 - status epilepticus
 - κλίμακα Γλασκόβης από 7 και κάτω

Η ομάδα της ΟΝΑΕ πρέπει να αποτελείται (ανάλογα με το νοσοκομείο) από:

- 1) συντονιστή (leader)
- 2) αναισθησιολόγο
- 3) γενικό χειρουργό
- 4) καρδιολόγο
- 5) νευροχειρουργό
- 6) ιατρό της κλινικής
- 7) νοσηλεύτη
- 8) τραυματιοφορέας

(«Οργάνωση Προγραμματισμός και Λειτουργία Τ.Ε.Π.», ΚΕΚ Π.Γ.Ν. Αθήνας, «Κοργιαλένιο Μπενάκειο).

5.3.7. Αίθουσα μικροεπεμβάσεων

Στον χώρο αυτό βρίσκονται δύο χειρουργικά τραπέζια, δύο προβολείς οροφής, φορητό ακτινολογικό μηχάνημα, φορητός – υπερηχογράφος, φορητή συσκευή μηχανικού αερισμού, δύο αναπνευστήρες, συσκευή ηλεκτροκαρδιογράφου και απεινιδωτού, φορητό οξύμετρο και δύο συσκευές παρακολούθησης καρδιακού ρυθμού και μέτρησης κεντρικής φλεβικής πίεσης.

Αυτή η αίθουσα είναι απαραίτητη σε κάθε Τ.Ε.Π. για να γίνονται άμεσα, χωρίς καθυστερήσεις οι απαραίτητες μικροεπεμβάσεις χωρίς ο ασθενής να περιμένει να μπει στο χειρουργείο, χάνοντας έτσι άσκοπα πολύτιμο χρόνο (Hill P.A., “A look at our new emergency department”, Memorial Hospital, Colorado Springs, J. Emerg. Nurs., 1995, Feb:21 34A - 41B).

5.3.8. Αίθουσα γύψου

Όπως όλοι οι προαναφερθέντες χώροι, έτσι και η αίθουσα γύψου είναι απαραίτητη για ένα Τ.Ε.Π.

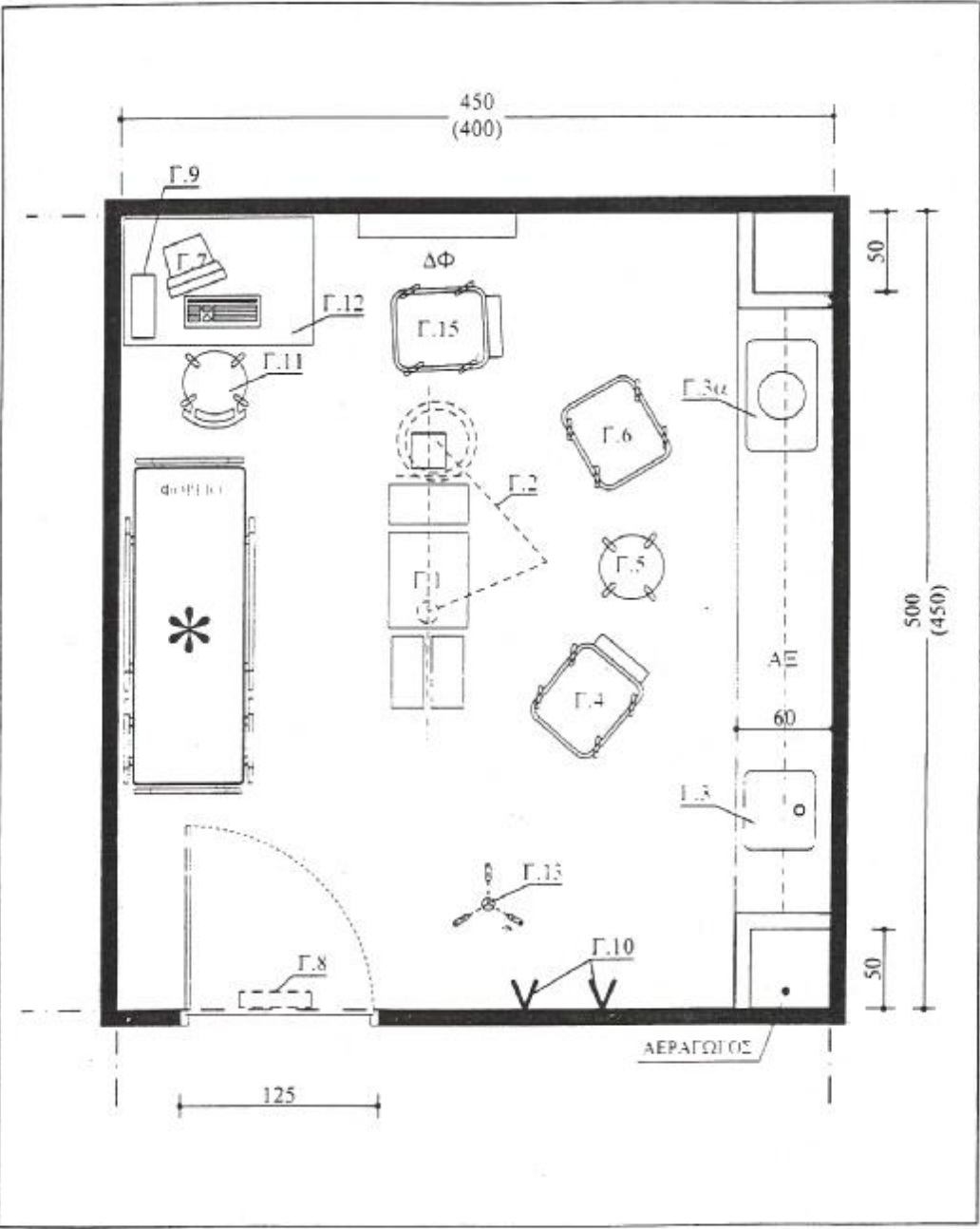
Η αίθουσα γύψου πρέπει να περιλαμβάνει:

- πάγκο εργασίας
- ορθοπεδική τράπεζα
- χειρουργική λυχνία
- λεκάνη ανοξειδωτη για απολύμανση χεριών
- ειδική ανοξειδωτη λεκάνη γύψου
- τροχήλατο εργαλείο
- περιστρεφόμενο κάθισμα
- τροχήλατο ορθοπεδικού υλικού
- υπολογιστή
- επίτοιχο ηλεκτρικό ρολόι
- τηλέφωνο
- άγκιστρο ανάρτησης ενδυμάτων
- τροχήλατο κάθισμα γραφείου
- μικρό γραφείο ή πάγκος
- στατό ορού τροχήλατο
- σκαλοπάτι μονό
- τροχήλατο αναισθησίας (απλό)
- επίτοιχο διαφανοσκόπιο δύο θέσεων

(Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

(Α. Χαδάση - Α.Σ. Σαρχένη και συνεργάτες Ο.Ε., Τ.Ε.Π - προϊστάμενος σχεδιαστής και κατασκευαστής εξοπλισμού, ΔΕΛΙΑΝΟΥ Α.Ε.)

ΑΙΘΟΥΣΑ ΓΥΨΟΥ



- ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:**
1. Εντός περιήφασου; τίθεται η ελάχιστη αποδεκτή διασπορά.
 2. Το σκαριφτήριό είναι εκτός κλάμας.

5.3.9. Εργαστήρια Απεικονίσεων

Στο Τ.Ε.Π. είναι απαραίτητη η παρουσία τμήματος του ακτινολογικού εργαστηρίου για απλές ακτινογραφίες, υπέρηχους και αξονικό. Εάν όμως το ακτινολογικό εργαστήριο είναι πλησίον του Τ.Ε.Π. δεν είναι απαραίτητη η δημιουργία του χώρου αυτού.

A) Το ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο πρέπει να περιλαμβάνει:

- ειδική τροχήλατη τράπεζα ακτινολογικού μηχανήματος
- ακτινολογικό μηχάνημα με λυχνία οροφής
- ράγες οροφής
- σκαμνάκι αναδιπλούμενο
- ειδικό πάνελ με φύλλο μολύβδου και μολυβδύαλο
- computer radiographer
- laser camera
- πάσο διακίνησης πλακών φωσφόρου
- γραφείο
- αναδιπλούμενο γραφείο στον χώρο του μηχανήματος
- επίτοιχο τηλέφωνο
- επίτοιχο ηλεκτρικό ρολόι
- σκαμπό χωρίς πλάτη
- μηχανήμα επεξεργασίας εικόνας
- άγκιστρο τριπλό
- ποδιές ακτινοπροστασίας
- ροόμετρο οξυγόνου με υγραντήρα

(Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

B) Ο υπερηχογράφος πρέπει να περιλαμβάνει:

- εξεταστική κλίνη ή φορείο
- περιστρεφόμενο κάθισμα με πλάτη
- υπερηχογράφο
- τροχήλατο κάδο απορριμμάτων
- γραφείο
- computer με printer και software για επεξεργασία εικόνας
- τροχήλατη εξεταστική λυχνία

- διαφανοσκόπιο
- πάγκο εργασίας

Γ) Όσον αφορά τον χώρο του αξονικού τομογράφου ο ιατρικός και ξενοδοχειακός εξοπλισμός πρέπει να περιλαμβάνει:

α) Χώρος τομογράφου (Equipment Room)

- αξονικό τομογράφο
- τράπεζα ασθενούς
- επίτοιχο ηλεκτρικό ρολόι
- ροόμετρο οξυγόνου με υγραντήρα
- εγχυτής σκιαγραφικών
- αναρρόφηση κενού
- πάγκο εργασίας με ανοξείδωτη λεκάνη

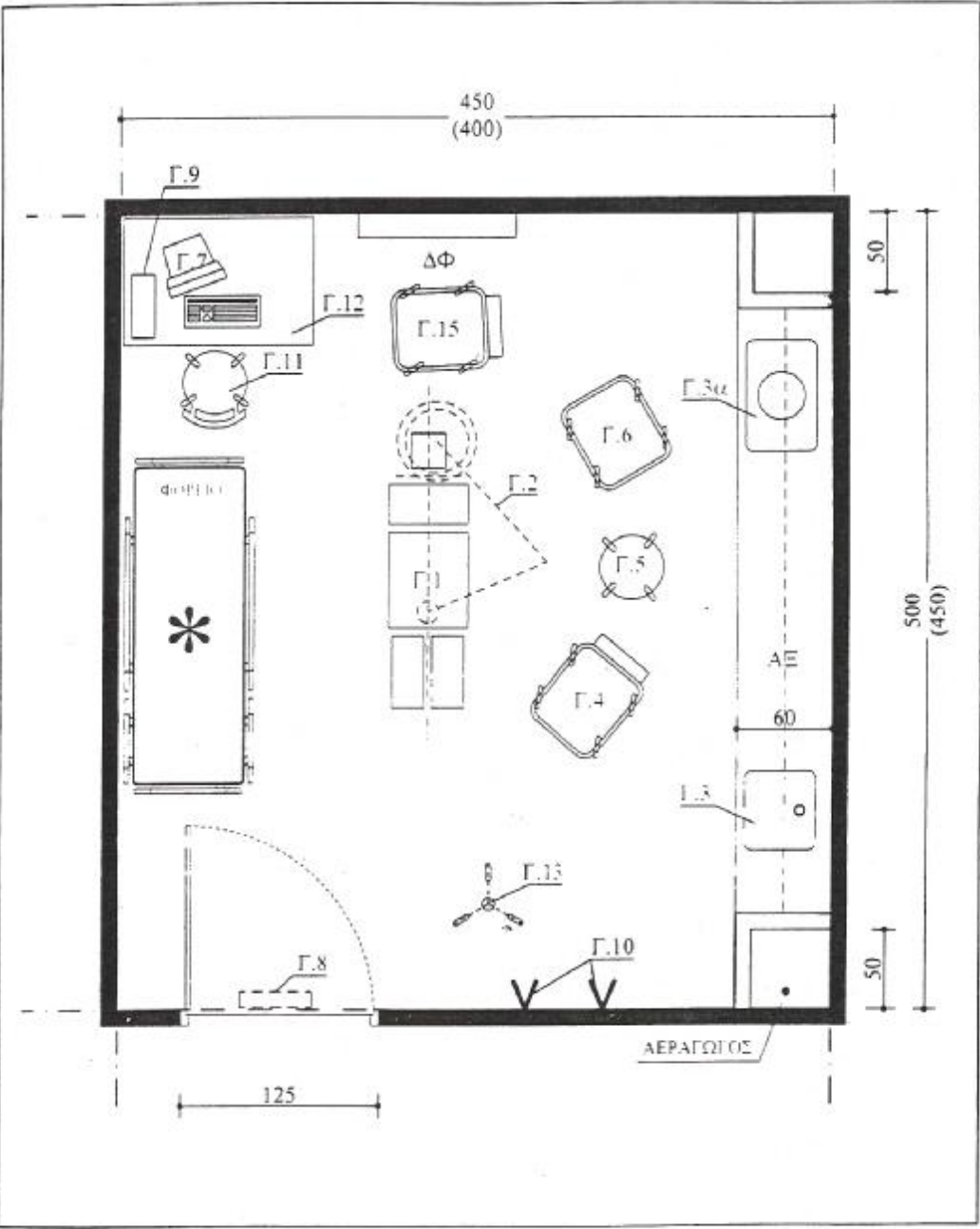
β) Χώρος ελέγχου (Control Room)

- κονσόλα χειρισμού – χειριστήριο
- computer – printer – monitor (παρελκόμενα επεξεργασίας εικόνας)
- ενδοεπικοινωνία ασθενούς - ιατρού
- δοχείο απορριμμάτων
- δύο σκαμπό ρυθμιζόμενου ύψους
- πάγκος εργασίας – γραφείο
- πίνακας ανακοινώσεων
- διαφανοσκόπιο τεσσάρων θέσεων

(Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

(Α. Χαδάση - Α.Σ. Σαρχέννη και συνεργάτες Ο.Ε., Τ.Ε.Π - προϊατρο-
γός σχεδιαστής και κατ'ερωτώ εξοπλιστή, ΔΕΣΙΑΝΟΜ Α.Ε.)

ΑΙΘΟΥΣΑ ΓΥΨΟΥ

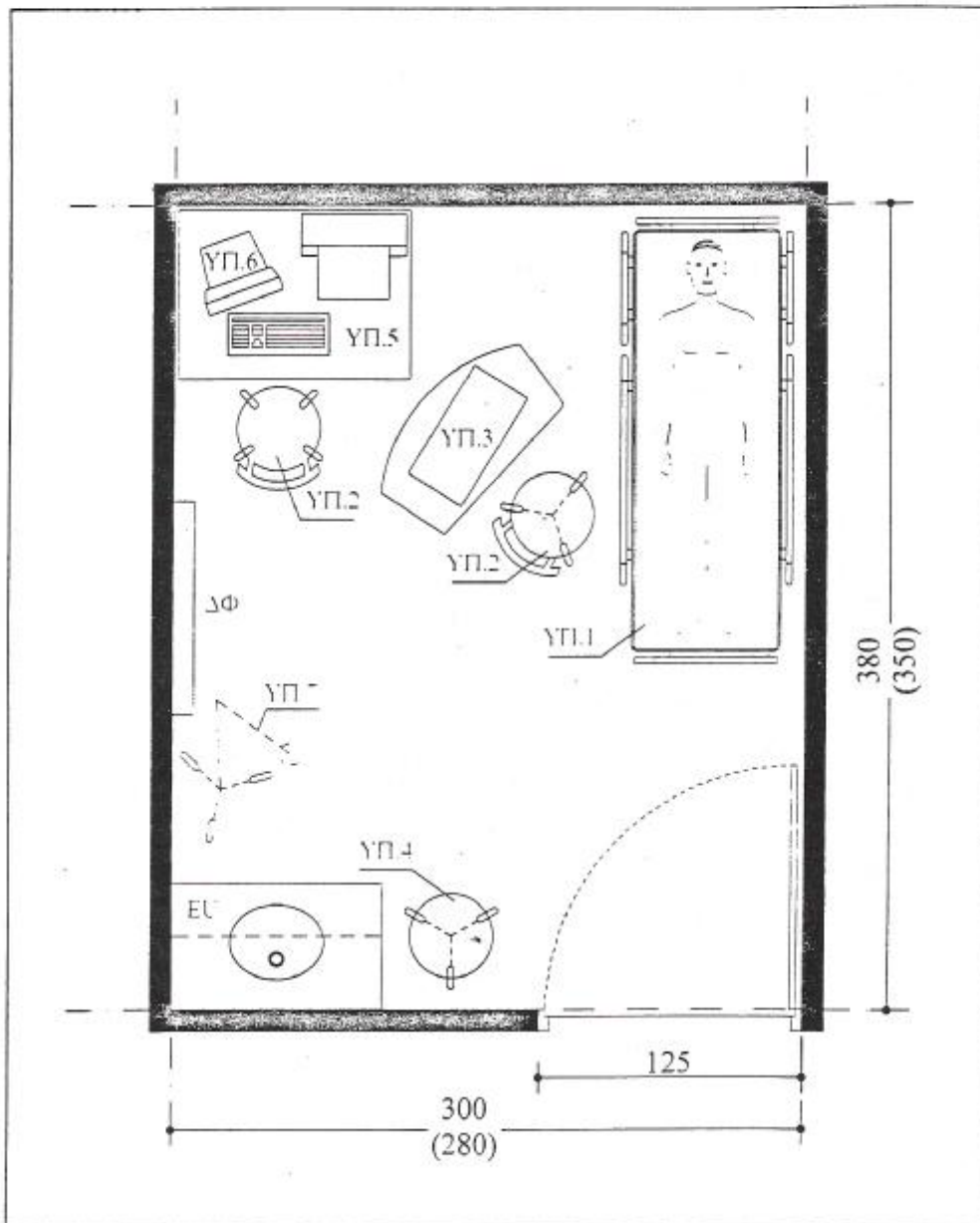


- ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:
1. Εντός περιήφασου; τίθεται η ελάχιστη αποδεκτή διάσταση.
 2. Το σκαριφτήριό είναι εκτός κλάμας.

(Α. Χαράλη - Α.Σ. Σαρχάνη και Συνεργάτες Ο.Ε., Τ.Ε.Π. - Προδαγγραφές
Εκδόσεων και Λογισμικού Εξοπλισμού ΔΕΠΑΛΟΥ Α.Ε.)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΩΝ

ΧΩΡΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΟΥ



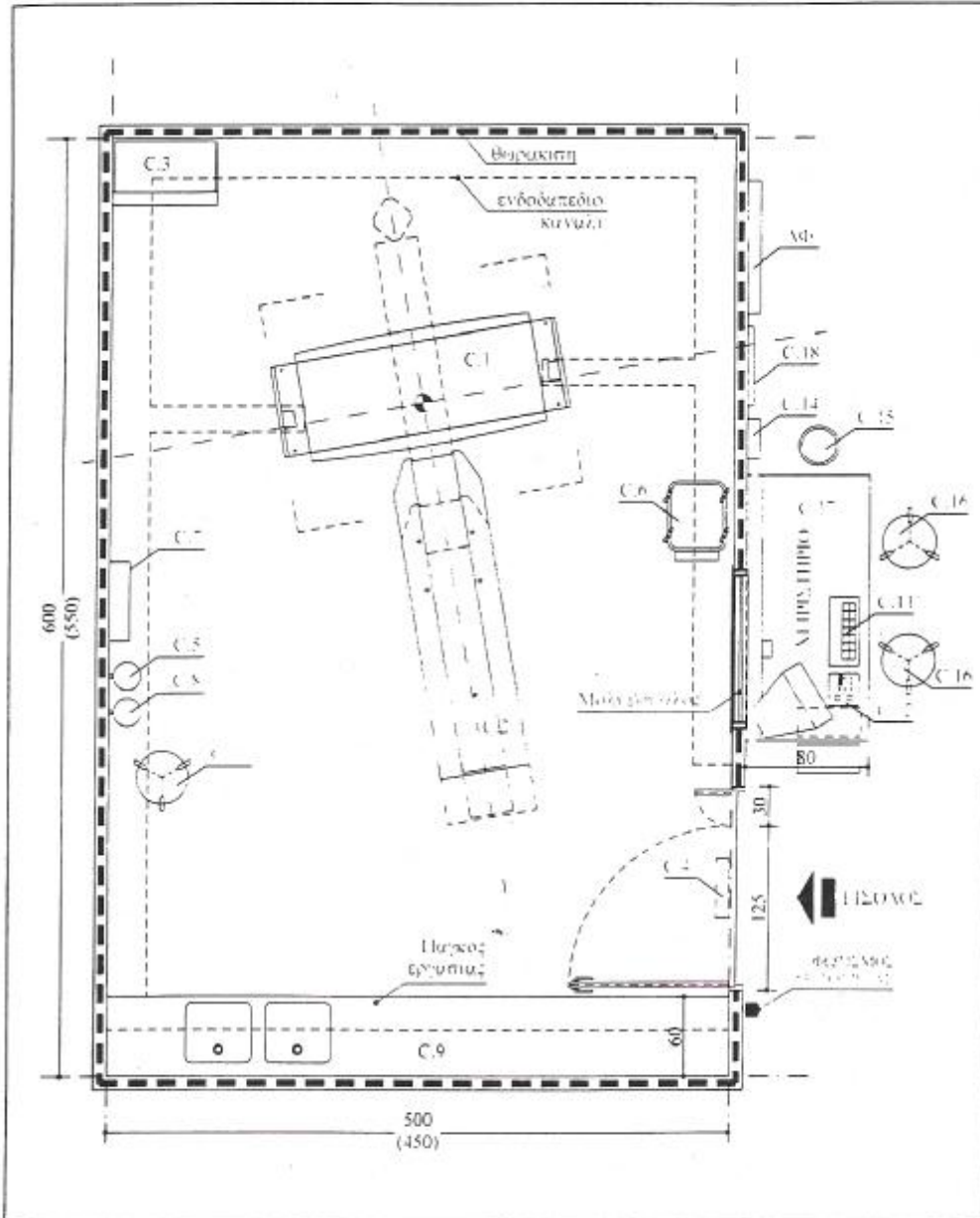
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Εντός περιβήματος υπάρχει η ελάχιστη αποδοτική διάσταση.
2. Το σκαρφήμα είναι εκτός κλίμακας.

(Α. Χαράλη - Α.Σ. Σαρχώλη και συνάργιστος Ο.Ε., Τ.Ε.Π. - Προδιαγρά-
 φες σχεδιασμού και κατασκευής εξοπλισμού, ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΩΝ

ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Εντός περιβήματος τίθεται η ελάχιστη αποδεκτή άσπαση.
2. Το σκαρίφημα είναι εκτός κλίμακας.

5.3.10. Εργαστήριο Αναλύσεων (Μικροβιολογικό)

Συνήθως, παρατηρείται μεγάλη καθυστέρηση, μέχρι και 2 έως 3 ώρες, στην διακίνηση των εργαστηριακών εξετάσεων και αυτό οφείλεται:

- α) στο ότι το μικροβιολογικό εργαστήριο βρίσκεται συνήθως σε άλλο χώρο
- β) πάντοτε υπάρχει έλλειψη νοσοκόμων, για την μεταφορά των εργαστηριακών

Έτσι παραμένουν άσκοπα στον χώρο των Τ.Ε.Π. συνοδοί και ασθενείς, με αποτέλεσμα την δημιουργία εκνευρισμού και φασαρίας, και οι ασθενείς που μεταφέρονται στα χειρουργεία ή την ΜΕΘ διακομίζονται τις περισσότερες φορές χωρίς βασικές εργαστηριακές εξετάσεις. Γι' αυτό θεωρείται σκόπιμη η δημιουργία ενός μικρού μικροβιολογικού εργαστηρίου που θα λειτουργεί στους χώρους του Τ.Ε.Π. στις μέρες της γενικής εφημερίας. Το εργαστήριο αυτό θα διενεργεί απλές επείγουσες εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ οι ειδικότερες θα γίνονται στο κανονικό εργαστήριο (Παπαδαντωνάκη Ασπασία, «Τμήμα Επειγόντων και Ατυχημάτων, Επιπτώσεις της διαμόρφωσης του χώρου στην αντιμετώπιση των ασθενών», Αθήνα 1989).

Ο ιατρικός και ξενοδοχειακός εξοπλισμός σε ένα εργαστήριο αναλύσεων είναι:

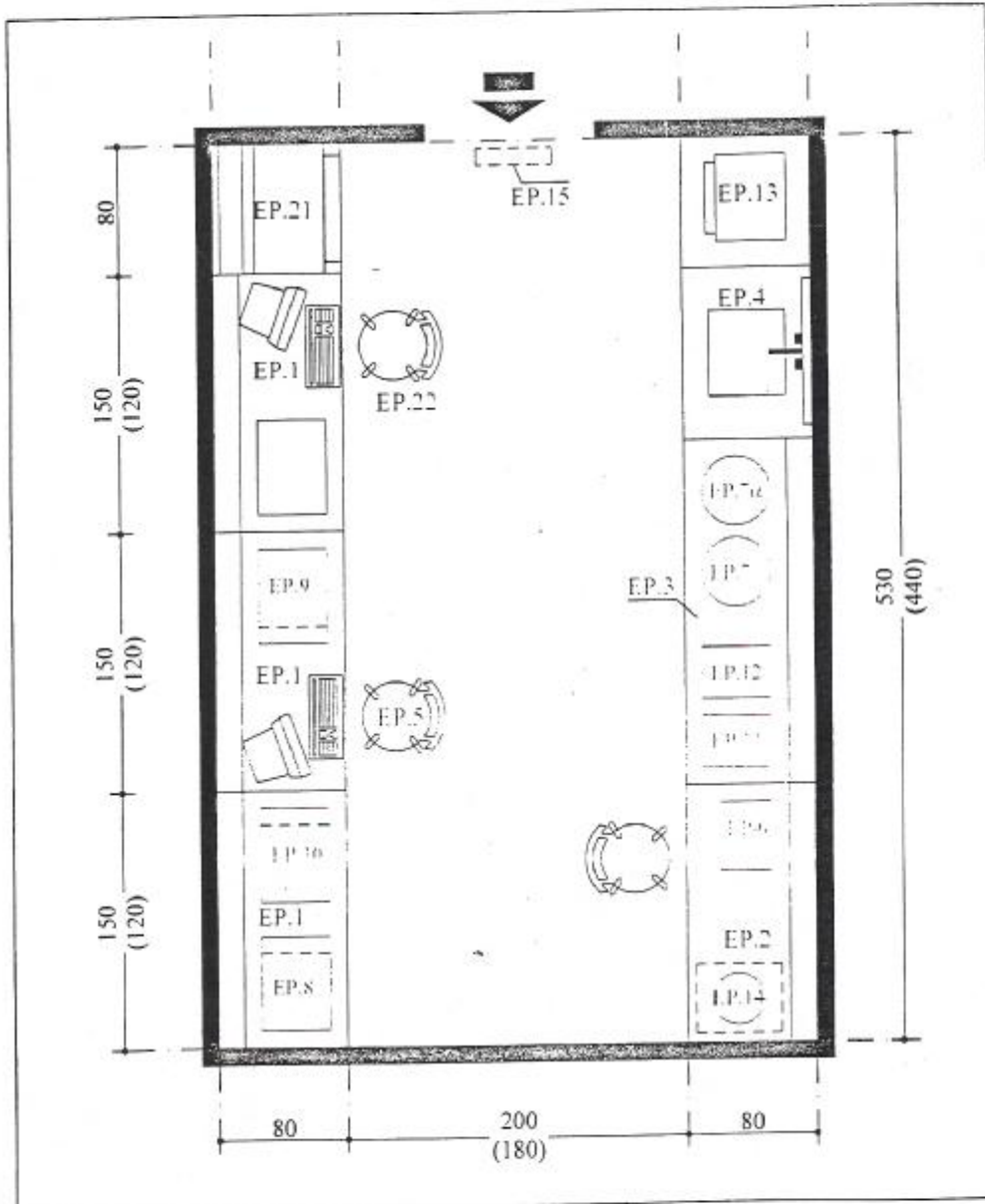
- 3 πάγκοι εργασίας μήκους 1,50m με μικρό ράφι
- 2 πάγκοι εργασίας με τροχήλατη συρταρίερα
- πάγκος εργασίας μήκους 1,80m με ερμάρια κάτωθεν
- πάγκος εργασίας με γούρνα
- 4 σκαμπό ρυθμιζόμενου ύψους εργαστηρίων
- μικρός αναλυτής ξηράς χημείας
- επιτραπέζια φυγόκεντρος με παρελκόμενο
- φυγόκεντρος αίματος
- μικρός αιματολογικός αναλυτής
- αναλυτής αερίων αίματος
- αναλυτής ηλεκτρολυτών
- αναλυτής καρδιακών ενζύμων
- οσμόμετρο
- επωαστικός κλίβανος
- φορητός αναλυτής σακχάρου
- επίτοιχο ηλεκτρικό ρολόι

- πιπέτες σταθερού όγκου
- πιπέτες μεταβλητού όγκου
- ψηφιακός ζυγός
- αναδευτήρας σωληναρίων αίματος
- αναλυτής πήξεως τεσσάρων παραμέτρων
- ψυγείο 250lt (θερμ: -2°C, +4°C)
- υπολογιστής – εκτυπωτής
- scanner

(Α. Χασάπη - Α.Σ. Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε., «Τ.Ε.Π. Προδιαγραφές Σχεδιασμού και Ιατρικού Εξοπλισμού», ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.).

(Α. Χαλαρή - Α.Σ. Σαγγαήνη και Συνεργάτες Ο.Ε, Τ.Ε.Π. - Προδιαγραφές Ελεγκτικού και Λογισμικού Εξοπλισμού, ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε.)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Εντός παρενθεσών τίθεται η ελάχιστη ασφάλκη διάσταση.
2. Το σκαρίφημα είναι εκτός κλίμακας.
3. Οι διαστάσεις του εργαστηρίου δύνανται να μεταβούν εάν οι απαιτήσεις του εξοπλισμού είναι μικρότερες.

5.3.11.α) Χώροι για το προσωπικό

Οι χώροι για το προσωπικό του ΤΕΠ είναι συνήθως ανύπαρκτοι, αλλά σε ένα πρότυπο ΤΕΠ πρέπει να υπάρχει:

- 1) γραφείο προϊσταμένης 15 m² με 2 τηλεφωνικές συσκευές και W.C.
- 2) στάση νοσηλευτών – νοσηλευτριών
- 3) αποδυτήρια νοσηλευτών 10 m²
- 4) W.C. προσωπικού 5 m²
- 5) γραφείο γιατρών 35 m² με τηλέφωνο και W.C.
- 6) αίθουσα συσκέψεων 32 m²
- 7) αποθήκες 12 m²
- 8) βοηθητικοί χώροι 10 m²

1) Γραφείο προϊσταμένης

Το οποίο πρέπει να εξοπλιστεί με:

- γραφείο
- πολυθρόνα
- ανατομική καρέκλα
- δυο καρέκλες
- βιβλιοθήκη
- εντοιχισμένη ντουλάπα για φύλαξη αρχείου και εντύπων του τμήματος
- δύο (2) τηλεφωνικές συσκευές (εσωτερική – εξωτερική)
- νιπτήρα
- W.C.

2) Στάση νοσηλευτών – νοσηλευτριών

Η στάση των νοσηλευτών πρέπει να βρίσκεται δίπλα στο γραφείο της προϊσταμένης, σε ορατό σημείο με καλή οπτικοακουστική.

Πρέπει να έχει:

- ειδικό πάγκο
- γραφείο
- ανατομικές καρέκλες
- σκαμπό
- νιπτήρα
- W.C.
- τηλεφωνική συσκευή

5) Γραφείο ιατρών

Στο γραφείο αυτό πρέπει να υπάρχουν:

- δυο (2) γραφεία
- δυο (2) περιστρεφόμενες ανατομικές καρέκλες
- δυο (2) καρέκλες
- δυο (2) τηλεφωνικές συσκευές (εσωτερική – εξωτερική)
- μικρό σαλόνι τεσσάρων (4) θέσεων)
- βιβλιοθήκη
- W.C.

6) Αίθουσα συσκέψεων

Στην οποία πρέπει να υπάρχει:

- μακρόστενο τραπέζι
- καρέκλες
- σκαμπό
- πίνακας
- διαφανοσκόπιο
- συσκευή προβολής σλάιντ
- τηλεφωνική συσκευή.

Στο χώρο αυτόν θα γίνεται η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης τα ιατρικά συμβούλια για την καλύτερη αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (Νοσηλευτική χειρουργική ειδικότητα, "Οργάνωση – Μελέτη και αρχιτεκτονικός σχεδιασμός τμήματος επειγόντων περιστατικών", Π.Γ.Ν.Ν. Πειραιά "Αγ. Παντελεήμων", Νίκαια 1998 – 1999.

7) Αποθήκες

Στους χώρους αυτούς αποθηκεύουμε υλικό που χρειάζεται το τμήμα για ένα (1) μήνα, αναλώσιμο και μη.

Αναλώσιμο υλικό νοσηλείων

- αεραγωγοί πλαστικοί μιας χρήσης
- ενδοτραχειακοί σωλήνες
- γάζες διαφόρων μεγεθών
- σύριγγες μιας χρήσης (2,5 cc, 5 cc, 10 cc, 20 cc, 60 cc, 100 cc)
- σύριγγες ινσουλίνης μιας χρήσης
- γάντια χειρουργικά αποστειρωμένα

- γάντια νάιλον μιας χρήσης
- γάντια ελαστικά μιας χρήσης
- πάνες ενηλίκων
- θήκες μεταχειρισμένων βελονών
- λευκοπλάστη
- κύπελλα αποστειρωμένα ούρων
- κύπελλα πλαστικά μιας χρήσης νερού
- λάμες χειρουργικές
- ράμματα
- Bullew
- νεφροειδή
- ουροσυλλέκτες
- σεντόνια χάρτινα μιας χρήσης ρολά
- δείκτες αποστείρωσης
- δερματικές ελξείς
- ουροδοχεία (ανδρικά – γυναικεία)
- βελόνες μιας χρήσης (No 19, 21, 25)
- βαμβάκι υδρόφιλο
- χαρτοβάμβακας
- σωλήνες παροχετεύσεως
- σπάτουλες ξύλινες
- σετ καθετηριασμού ουροδόχου κύστης
- σετ κοπής ραμμάτων
- μάσκες οξυγόνου μιας χρήσης ρυθμιζόμενης
- βελόνες ενδοκαρδιακές – οσφυονωτιαίας παρακέντησης μιας χρήσης
- επιδέσεις οφθαλμολογικές
- ποδιές πλαστικές
- ποδονάρια μιας χρήσης
- χειρουργική ενδυμασία μιας χρήσης (χάρτινη)
- ταινίες σακχαρομέτρου
- συσκευές μεταγγίσεως αίματος
- συσκευές παροχέτευσης
- φιάλες κενού αέρα
- δοκιμαστικά σωληνάρια

- χάνζαπλαστ
- θερμόμετρα σώματος
- χαρτί καρδιογράφων – απινιδωτή
- τζελ καρδιογράφου
- ambu μιας χρήσης
- φακαρόλα
- Paths καρδιακού monitor – θηκάρια υποκλειδίων καθετήρων
- καφ διασωλήνωσης

Αναλώσιμο υλικό καθαριότητας

- σκούπες – φαράσια - σφουγγαρίστρες
- σφουγγάρια πλαστικά – προσροφήσεως
- σαπούνια
- αποσμητικά
- καλαθάκια – βουρτσάκια
- χλωρίνη
- απορρυπαντικά
- υγρά εξόντωσης ζυυφίων
- σακούλες διαφόρων μεγεθών και χρωμάτων
- χειροπετσέτες
- σπάγκος περιδέσεων
- σακούλες χάρτινες

Αναλώσιμο υλικό γραφικής ύλης

- μπλοκ όλων των κατηγοριών
- έντυπα όλων των κατηγοριών
- μελανοταινίες – κασέτες μελανιού – γραφίτη
- χαρτί A4
- καταγραφικό χαρτί με καρμπόν
- στυλό – μολύβια – γόμες – ξύστρες – μαρκαδόροι
- κόλα – σελοτέιπ – πινέζες – συνδετήρες
- διορθωτικά
- βιβλία (μητρώα) – τετράδια – ημερολόγια
- ντοσιέ όλων των κατηγοριών
- καρμπόν μολυβιού – μελάνη
- φάκελοι αλληλογραφίας

- ψαλίδια κοπής χαρτιού
- συνδετήρες
- αυτοκόλλητες ετικέτες
- χάρακες – είδη σχεδιάσεως

Μη αναλώσιμο υγειονομικό υλικό

- καλώδια βηματοδότη
- καλώδια καρδιογράφου
- γραφίδες καρδιογράφου
- κύκλωμα αναπνευστήρα
- αμβυ καλής και γρήγορης επαναφοράς
- περιχειρίδες και αεροσωλήνας ηλεκτρικού πιεσόμετρου
- κάδοι πλαστικοί σκουπιδιών μεγάλοι με πεντάλ
- κάδοι μεταλλικοί
- μηχανή αέρα (θερμού – ψυχρού) για κουβέρτες
- σανίδες μεταφοράς ασθενών
- στρώματα φορείων – αεροστρώματα κρεβατιών ασθενών
- στηθοσκόπια
- εξαρτήματα αναλυτού αερίων αίματος
- θήκες χειροπετσετών μεταλλικές
- περιχειρίδες – ζώνες συγκράτησης

Επιστημονικά όργανα - εργαλεία

- ηλεκτρονικά πιεσόμετρα
- οξύμετρα
- αναλυτής αερίων αίματος με πολλές παραμέτρους
- καρδιογράφοι
- απινιδωτές
- βηματοδότες
- αναπνευστήρες τύπου OSIRIS
- καρδιακό monitor
- βρογχοσκόπια – οισοφαγοσκόπια – λαρυγγοσκόπια – γαστροσκόπια-
κυστεοσκόπια
- χειρουργικά εργαλεία διατομής και παρασκευής ιστών
- χειρουργικά εργαλεία συγκράτησης ιστών – απόθεσης ιστών.

8) Βοηθητικοί χώροι

Στους βοηθητικούς χώρους τοποθετείται μηχάνημα για τον καθαρισμό και την απολύμανση των ουροδοχείων και των σκοραμίδων. Πρέπει να υπάρχει χώρος με αρκετά ράφια για τη φύλαξη καθαρού ιματισμού. Όσον αφορά τον ιματισμό έχουμε:

- α) ιματισμός ενδυμασίας (προσωπικού, ασθενών)
- β) ιματισμός κοινής χρήσης (κουβέρτες, σεντόνια, υποσέντονα, μαξιλαροθήκες, κουρτίνες κ.α.)
- γ) ιματισμός προς αποστείρωση (σεντόνια, τετράγωνα, ρόμπες κ.α.)
- δ) ιματισμός για την περιτύλιξη πακέτων ή δίσκων.

5.3.11.β) Φαρμακείο

Στο κεντρικό φαρμακείο του Τ.Ε.Π. βρίσκονται όλα τα φάρμακα που θα χρειαστούν σε κάθε περίπτωση, επείγουσα και μη.

Η ποσότητα είναι περιορισμένη για να ελέγχεται η ημερομηνία λήξης. Από το κεντρικό φαρμακείο γίνεται ο καθημερινός εφοδιασμός των ιατρείων. Την προμήθεια των φαρμάκων αναλαμβάνει υπεύθυνα η προϊσταμένη. Ο έλεγχος είναι καθημερινός και η παραγγελία γίνεται σε εβδομαδιαία βάση.

Η τοποθέτηση τους μέσα στο φαρμακείο είναι με αλφαβητική σειρά και υπάρχει ξεχωριστός χώρος για τα αντίδοτα και τα ναρκωτικά. Τα τελευταία φυλάσσονται σε ειδικό ντουλάπι μέσα στο φαρμακείο και έχουν κλειδαριά ασφαλείας. Καταγράφονται και ελέγχονται σε δωρη βάση.

Στο χώρο που είναι τοποθετημένο το φαρμακείο υπάρχει και το ψυγείο των φαρμάκων που είναι ξεχωριστό από το ψυγείο του τμήματος. Φυλάσσονται φάρμακα και οροί που απαιτούν ειδικές συνθήκες συντήρησης.

Το κλειδί του φαρμακείου και των ναρκωτικών παραδίδεται από τη μια βάρδια στην άλλη και καταγράφονται τα ναρκωτικά.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την ασφάλεια του φαρμακευτικού υλικού και για τη σωστή χρήση του (Καλογεράκου Σ., Σχεδιασμός – Οργάνωση στελέχωση του ΤΕΠ, Νοσηλευτική παθολογική ειδικότητα).

- **Φάρμακα του ΤΕΠ**

Τα φάρμακα που αναφέρονται είναι κατανεμημένα σε ομάδες. Μ' αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η ελεύθερη εκλογή των εμπορικών σκευασμάτων.

- αντιεμετικά
- αναισθητικά
- αναλγητικά
- αγγειοδιασταλτικά
- αντιεπιληπτικά
- αντιφλεγμονώδη
- αντιαρρυθμικά
- αντιόξινα
- ηρεμιστικά
- ινóτροπα
- κορτικοειδή
- καρδιοτονωτικά
- καθαρτικά
- μυοχαλαρωτικά
- μυδριατικά
- αντισηπτικά
- αποχρεμπτικά
- αντισταμινικά
- αντιδιαβητικά
- αντιβηχικά
- βρογχοδιασταλτικά
- διουρητικά
- εμετικά
- νευροληπτικά
- οπιούχα
- σπασμολυτικά
- τοπικά αναισθητικά
- υπνωτικά

Τροχήλατο εκτάκτου ανάγκης

Φάρμακα	Περιεκτικότητα	Ποσότητα
Adrenaline	1 mg	10 amp
Atropine	1 mg	10 amp
Aminophylline	10 mg	10 amp
Bicarbonate 4%	10 mg	10 amp
Dextrose 35%	10 ml	10 amp
Dopamine	5 mg	10 amp
Digoxin		10 amp
Isoptin	2 ml	10 amp
Isuprel	1 ml	10 amp
Inotrex	250 mg	5 fl
Heparine	5 ml	2 fl
Lasix	2 ml	10 amp
Nitrolingual	1 ml	10 amp
Procaine 1%	10 ml	5 amp
Solu medrol	40 mg	5 fl
Solu medrol	125 mg	5 fl
NIS 0,9%	10 ml	10 amp
Stedon	10 mg	5 amp
Sodium Chloride 15%	10 ml	10 amp
Xylocaine	2%	2 fl
Potassium	10 ml	10 amp
Primperan	2 mg	10 amp
(εντός ψυγείου) Trucrium	25 mg	10 amp

(Καλογεράκου Σ., Σχεδιασμός – Οργάνωση στελέχωση του ΤΕΠ, Νοσηλευτική παθολογική ειδικότητα).

5.3.12. Γραμματεία

Όλοι οι ασθενείς πρέπει να καταγράφονται με πλήρη στοιχεία ταυτότητας, ασφαλιστικό φορέα και στοιχεία που αφορούν την αιτία προσέλευσής τους, καθώς και την αντιμετώπιση που είχαν (εισιτήριο, εξιτήριο, οδηγίες κλπ.). Στα εφημερεύοντα ιατρεία, βέβαια, γράφεται στα μητρώα κάθε ασθενής που εξετάζεται, χωρίς να αναφέρονται πάντα οι παρακλινικές εξετάσεις.

Κανονικά, θα έπρεπε να υπάρχουν φύλλα καταγραφής που να περιέχουν την αξιολόγηση των ευρημάτων, τις παρεμβάσεις και τη θεραπεία, τον τρόπο ενέργειας καθώς και πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενή. Πολλά φύλλα καταγραφής Τ.Ε.Π. έχουν ενσωματωμένο χώρο για την υπογραφή του ασθενή περιλαμβάνοντας ότι ο ασθενής κατανοεί όλες τις οδηγίες που του δόθηκαν. Δυστυχώς σε πολλά φύλλα καταγραφής Τ.Ε.Π. δεν υπάρχει αρκετός χώρος για μια ολοκληρωμένη νοσηλευτικής τεκμηρίωση.

Για να μη δημιουργούνται νομικά προβλήματα είναι απαραίτητο να τηρούνται ορισμένοι κανόνες στη διαδικασία της τεκμηρίωσης, όπως:

- α)** Υπογραφή στο τέλος κάθε καταχώρησης.
- β)** Η γραφή να είναι ευανάγνωστη για τη μελλοντική χρήση.
- γ)** Σωστή χρήση ορθογραφίας και γραμματικής.
- δ)** Η καταγραφή να γίνεται με μπλε ή μαύρο μελάνι.
- ε)** Να χρησιμοποιούνται κοινά αποδεκτές συντομεύσεις.
- στ)** Χρήση γραφικής μορφής για καταγραφή ζωτικών σημείων.
- ζ)** Καταγραφή ονόματος ασθενή σε κάθε σελίδα ή έντυπο.
- η)** Αποφυγή λήψης προφορικών οδηγιών.
- θ)** Προσεκτική αντιγραφή οδηγιών.
- ι)** Καταγραφή της φροντίδας και της φαρμακευτικής αγωγής.
- κ)** Διόρθωση λαθών που έχουν γίνει (τα λάθη πρέπει να διαγράφονται και να σημειώνεται δίπλα η ένδειξη "λάθος καταχώρηση" όπως και το όνομα του ατόμου που έκανε τη διόρθωση).

(Bosssaert. A survey of Emergency Medical Service Systems in Europe. In Bincent J. L. ed. Update in Intensive Care and Emergency Medicine. Berlin: Springer – Verlag. 1991, pg. 663 – 72).

Η καταγραφή είναι σημαντική γιατί εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς, όπως:

- 1) Δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τη φροντίδα του ασθενή.
- 2) Βοηθά στον έλεγχο για την ποιότητα της φροντίδας.
- 3) Βοηθά στο συντονισμό της φροντίδας.
- 4) Παρέχει αποδεικτικά στοιχεία ως μοναδικά νόμιμα έγγραφα και αποτελεί την καλύτερη άμυνα για το προσωπικό που κατηγορείται για αμέλεια.
- 5) Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων επιστημόνων υγείας.
- 6) Βοηθά στη συγκέντρωση στοιχείων παρόμοιων περιπτώσεων για έρευνα.
- 7) Προάγει την εκπαίδευση.
- 8) Αποκαλύπτει την κατάχρηση και τη μη ικανοποιητική χρήση των υπηρεσιών.
- 9) Έχει την αξία χρήσιμου ιστορικού εγγράφου.
- 10) Πιστοποιεί την ύπαρξη των επαγγελματιών υγείας των απαραίτητων οντοτήτων στην έκβαση της πορείας των ασθενών.

(Carpentier F. Guignier M., Mingat J. Emergency, Medicine in France: Examples of organization and services provided, Berlin: Springer – Verlag 1990, pg. 551 – 61).

- **Έντυπα που αναφέρονται στα Τ.Ε.Π.**

A. Έντυπο που περιέχει πληροφορίες που θα καταχωρούνται στο σύστημα από το διοικητικό υπάλληλο στη γραμματεία. Το έντυπο δεν περιέχει πληροφορίες που σχετίζονται με το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς. Περιέχει:

- Κατηγορία επείγοντος που συμπληρώνεται στη διαλογία.
- Το σύνολο των στοιχείων που είναι απαραίτητα για άνοιγμα φακέλου ασθενή.
- Το σύνολο των στοιχείων που θα πρέπει να γνωρίζει η γραμματεία κατά τη διαδικασία εξόδου του ασθενή από το Τ.Ε.Π.
- Τις εξετάσεις που έκανε ο ασθενής (όχι τα αποτελέσματα).

- Χειρουργικές επεμβάσεις (εφόσον έχουν γίνει).

Β. Έντυπο που έχει ρόλο φακέλου υγείας ασθενούς. Αναγράφει όλα εκείνα τα στοιχεία που πρέπει να γνωρίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ώστε να έχει πλήρη εικόνα της κατάστασης του ασθενούς. Πρόσβαση σε αυτό, έχει αυστηρά μόνο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω της φύσεως της πληροφορίας που περιέχει. Αποτελείται από:

- Εξετάσεις που έγιναν (βασικές και συμπληρωματικές).
- Αποτελέσματα εξετάσεων.
- Φάρμακα που χορηγήθηκαν.
- Πόρισμα ιατρικό.
- Θεραπευτική αγωγή.
- Ταυτότητα προσωπικού που ασχολήθηκε.

Γ. Έντυπο που κατά την έξοδο του ασθενή από το Τ.Ε.Π. ο γιατρός παραδίδει γραπτές οδηγίες και ενέργειες τις οποίες πρέπει να κάνει ο ασθενής. Το έντυπο υπογράφεται από τον υπεύθυνο ιατρό. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι βαριά, συνοδεύεται εκτός Τ.Ε.Π. από το γιατρό. Σε κάθε άλλη περίπτωση ο ασθενής πάει στη γραμματεία με τα απαραίτητα έγγραφα. Το έντυπο αυτό περιέχει πληροφορίες που σχετίζονται με το ιατρικό απόρρητο του ασθενή. Ενδεικτικά θα περιέχει:

- Ονοματεπώνυμο ασθενή
- Ημερομηνία εισόδου – εξόδου από το Τ.Ε.Π.
- Κατάλληλες οδηγίες
- Όνομα ιατρού.

Το έντυπο είναι διπλότυπο και το ένα αντίγραφο αρχειοθετείται στο φάκελο του ασθενή.

Στη γραμματεία γίνεται έλεγχος της ύπαρξης των εντύπων Α και Β. Αν αυτά δεν υπάρχουν, υπεύθυνο για τη συλλογή τους είναι το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο διοικητικός υπάλληλος εκδίδει παραστατικό που αναφέρει την αιτιολογία (ενέργειες προσωπικού φροντίδας, φάρμακα που χορηγήθηκαν,

εξετάσεις που διενεργήθηκαν) και το ποσό της χρέωσης, καθώς επίσης και ημερομηνία. Επιπρόσθετα θα πρέπει να αναγράφονται το ονοματεπώνυμο του ασθενή, καθώς και ο ασφαλιστικός φορέας.

Δ. Το παραστατικό αυτό αποτελεί λογιστικό έντυπο και για το λόγο αυτό στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι διάτρητο. Πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν περιπτώσεις μη διάτρητου παραστατικού (π.χ. Τράπεζες). Υπογράφεται το παραστατικό που περιλαμβάνεται από τον ασθενή ή το συγγενή του (αντίγραφο). Ο φάκελος του ασθενή μπαίνει στο αρχείο.

Ε. Έντυπο που αναφέρει τη λίστα των ασθενών που επικοινωνεί μαζί τους το Τ.Ε.Π. Την επικοινωνία εκτελεί το νοσηλευτικό προσωπικό ή επισκέπτης υγείας ή ιατρός, για εξακρίβωση της πορείας της υγείας του, καθώς και της πιστότητας με την οποία ακολουθεί τις οδηγίες που του δόθηκαν κατά την έξοδο του από το Τ.Ε.Π. Κατά την επικοινωνία θα πρέπει ο υπεύθυνος να έχει μπροστά του και το έντυπο Γ για να γνωρίζει τις οδηγίες που είχαν δοθεί. Καταγράφει τα στοιχεία καθώς και σχόλια και υπογράφει.

Το έντυπο αρχειοθετείται στο φάκελο του ασθενή. Η αρχειοθέτηση των φυσικών εγγράφων και τήρηση των στοιχείων θα γίνεται ηλεκτρονικά. Τα φυσικά έγγραφα φυλάσσονται για 1 χρόνο στο Τ.Ε.Π. Μετά από ένα έτος αποστέλλονται τα έγγραφα σε αρχείο του νοσοκομείου για φύλαξη 20 ετών σε φυσική μορφή και εσαεί σε ηλεκτρονική μορφή. Μετά την πάροδο 20 ετών συντάσσεται πρωτόκολλο καταστροφής των φυσικών εγγράφων κατόπιν εγκρίσεως της διοίκησης και με παρουσία δύο τουλάχιστον μαρτύρων ("Οργάνωση Προγραμματισμός και λειτουργία ΤΕΠ" ΚΕΚ ΠΓΝ Αθήνας "Κοργιαλένιο Μπενάκειο").

ΕΝΤΥΠΟ Α

ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ

ΥΠΕΡ-ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΠΕΙΓΟΝ

ΜΗ-ΕΠΕΙΓΟΝ

1. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Α.Μ.

1.1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : _____

1.2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΦΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

1.3. ΩΡΑ ΑΦΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

1.4. ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

1.5. ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

1.6. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: _____

1.7. ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

1.8. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : _____

2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΑΡ. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ

2.1. ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ 2.2. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ 2.3. ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ

2.4. ΑΛΛΕΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ

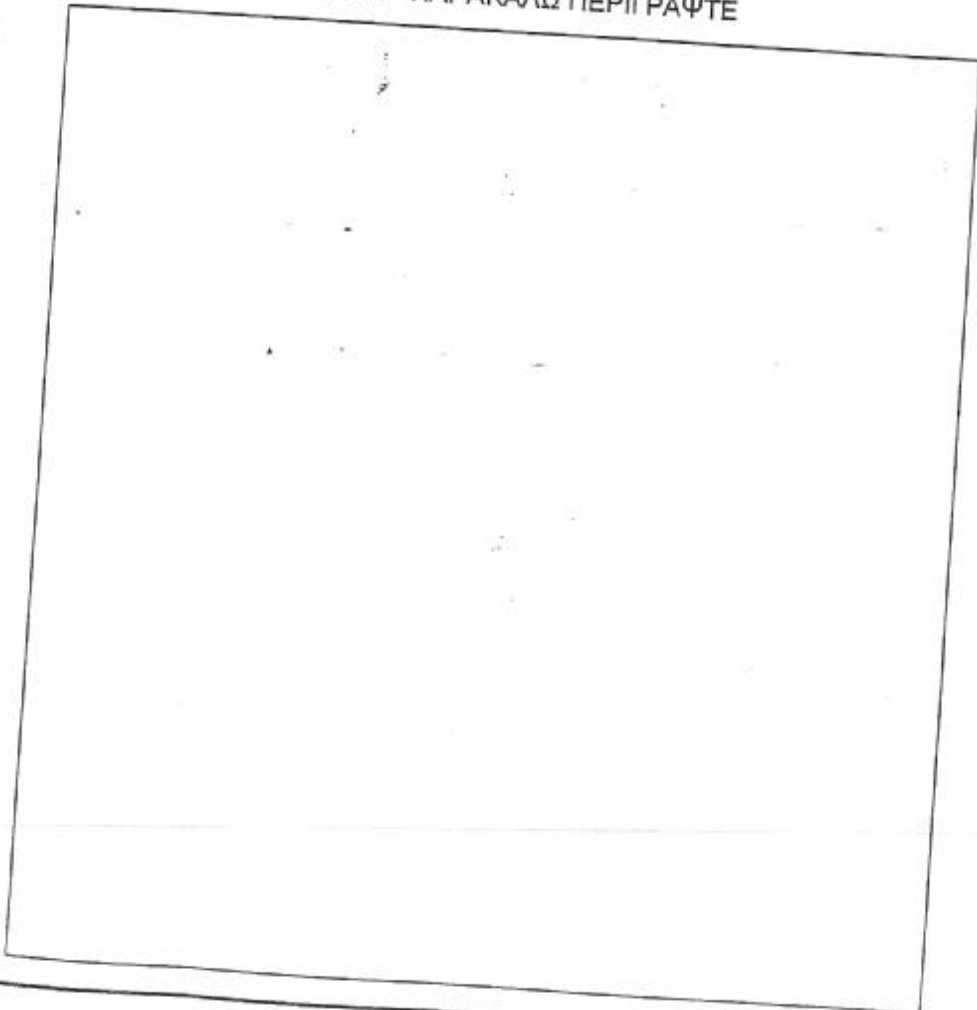
Blank area for laboratory tests and descriptions.

Οργανισμό Προγραμματιστικής και χειρουργία Τεπ, Κεκ, ΠΓΝ Αθίνας
«Κοργιαλένιο Μπένιαστο»

Ιατρική προφασιασμένη και λειτουργία ΤΕΠ, ΚΕΚ, ΠΤΝ Αθηνών
(«Κορυφαίο Λέκτορας»)

3. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- 3.1. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
- 3.2. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
- 3.3. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
- 3.4. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
- 3.4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ (ΤΡΑΥΜΑ)
- 3.5. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ (ΑΛΛΗ)
- 3.6. ΑΛΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ



Οργάνωση Προγράμματος και λειτουργία ΤΣΠ, ΚΕΚ, ΠΓΥ Αθηνών
(«Κορχαλιάνειο Αθηνών»)

4. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

[Empty box for recording pharmaceutical and medical equipment used]

5. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

[Empty box for recording observations]

Ο ΙΑΤΡΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΝΤΥΠΟ Β

1. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : _____

1.2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΦΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

1.3. ΩΡΑ ΑΦΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΑΡ. ΠΑΛΜΩΝ

ΠΙΕΣΗ

ΠΥΡΕΤΟΣ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

ΠΟΝΟΙ

ΑΛΛΑ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ

(Οργάνωση Προγραμματισμός και Χειρουργεία Τσπ, Κεκ, ΠΓΝ Αθήνας,
<Κορδαλένο Μάκρωνα>)

3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	
ΟΥΡΩΝ	
ΥΠΕΡΗΧΟΙ	
ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	
ΆΛΛΕΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	

(¹ Οργάνωση Προγραμματισμός και λειτουργία ΤΕΠ, ΚΕΚ, ΠΓΝ Αθήνας
«Κοργιακίλειο Μπενάκειο»)

4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

[Empty box for diagnosis]

5. ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙΣΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

[Empty box for performed medical interventions]

6. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ/ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΥΤΕΣ

[Empty box for complications/problems]

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

[Empty box for signature]

Οργάνωση Προφύλαξης και χειρουργία TEST, ΚΕΚ, ΠΓΝ Αθηνών.
«Καρδιαγγειακό Μπέντνιγ»

Βασικές Οδηγίες προς τον Ασθενή	
Όνομα	<input type="text"/>
Επώνυμο	<input type="text"/>
Αρ. Μητρώου	<input type="text"/>
Ημ/νία εισόδου στο ΤΕΠ	<input type="text"/>
Ημ/νία εξόδου στο ΤΕΠ	<input type="text"/>
Διάγνωση	<input type="text"/>
Οδηγίες προς τον ασθενή (ή/και τους συνοδούς αυτού)	<input type="text"/>
Ο Υπεύθυνος Ιατρός	

(Οργάνωση Προγραμματισμός και λειτουργία ΤΕΠ
«Κορφαρένιο Μπενάκειο»)

ΕΝΤΥΠΟ Δ

1. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Α.Μ.

- 1.1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : _____
- 1.2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΦΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____
- 1.3. ΩΡΑ ΑΦΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____
- 1.4. ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____
- 1.5. ΦΥΛΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____
- 1.6. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: _____
- 1.7. ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____
- 1.8. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : _____

2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	
ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	
ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	
ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	
ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	

(Οργάνωση Προγραμματισμός και λειτουργία ΤΕΠ, ΚΕΚ ΠΓΝ Αθήνας «Κοργιαλένιο Μενεκίδου»)

3. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ (ΤΡΑΥΜΑ)	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ (ΑΛΛΗ)	
ΑΛΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	
ΑΛΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	
ΑΛΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	
ΑΛΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	
ΑΛΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ	

(Οργάνωση προγραμματισμός και διεξαγωγή ΤΕΠ, ΚΕΚ, ΠΓΝ Αθήνας
«Κοργιαλένιο Μπενάκειο»)

4. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	

5. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
3	

Οργάνωση Προσχρηματισμού και Χειρουργία ΤΕΠ, ΚΕΚ ΠΓΝ Αθηνών
 «ΚΑΡΔΙΑ ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΤΙΝΟΛΟΓΙΑ»

Επιπλο παρακολούθησης μετά την έξοδο από το ΤΕΠ. Ε

Όνομα

Επώνυμο

Αρ. Μητρώου

Ημ/νία εξόδου στο ΤΕΠ

Αριθμός τηλεφώνου

Ημ/νία επικοινωνίας

Σχόλια

Ο Υπεύθυνος Επικοινωνίας (νοσηλεύτης, επισκέπτης υγείας, ιατρός)

(Οργάνωση Προγραμματισμός και λειτουργία ΤΕΠ, ΚΕΚ, ΠΤΝ Αθηνών,
 «Κορφαρέσιο Μπενάκειο»)

5.3.13. Ο ασθενής διακομίζεται σε άλλους χώρους του νοσοκομείου

Ο βαριά ασθενής όταν διακομίζεται στο χειρουργείο ή στη ΜΕΘ, πρέπει να είναι ελεγμένος και στα μέτρα του δυνατού σταθεροποιημένος. Πολλές φορές, τα τμήματα αυτά, παίζουν στις περιπτώσεις αυτές, το ρόλο του Τ.Ε.Π. Οι ασθενείς μεταφέρονται με τα ενδύματά τους, χωρίς τον απαραίτητο ακτινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο και συνήθως χωρίς ιστορικό.

Οπότε αρχίζει ο μαραθώνιος της αναζήτησης των ειδικών, οι ακτινογραφίες επί κλίνης, οι ανατάξεις των καταγμάτων επί κλίνης, η αναζήτηση των μικροβιολογικών εξετάσεων κλπ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση πολλών επειγόντων πράξεων, με κίνδυνο ακόμα και της ζωής των ασθενών. Αυτά όλα οφείλονται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη οργάνωσης και συντονισμού του Τμήματος των Επειγόντων, όπως και σε έλλειψη ειδικών χώρων και υλικού.

Έτσι λοιπόν, στον άρρωστο πριν διακομιστεί πρέπει να έχει γίνει:

Το shock-room και ο υφιστάμενος εξοπλισμός, θα δώσει τη δυνατότητα στην ιατρική ομάδα, χωρίς να διακινδυνεύσει τη ζωή του ασθενούς και να πιέζεται χρονικά, να κάνει εφόσον το κρίνει αναγκαίο, τα πιο κάτω:

- Διασωλήνωση τραχείας, διασωλήνωση θώρακα, τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών γραμμών, τοποθέτηση καθετήρα μέτρησης της ενδοκρανιακής πίεσης, πλήρη ακτινολογικό έλεγχο, αξονική τομογραφία, υπέρηχους, ανάταξη καταγμάτων, εκτίμηση από ειδικότητες κλπ. (Ahnefeld FW. Qualifikation fuer den Notarzt, Notfallmedizin 1991).

Ο ασθενής διακομιζόμενος πρέπει να έχει μαζί του φάκελο του ΤΕΠ που να περιλαμβάνει:

- Διακομιστήριο από άλλο Νοσοκομείο ή χαρτί του ΕΚΑΒ.
- Τα πρωτόκολλα του ΤΕΠ (Αυτά θα συμπληρώνονται από τους ιατρούς και θα δίνουν μια πλήρη πρώτη εικόνα του ασθενούς).
- Ομάδα αίματος.
- Μικροβιολογικές εξετάσεις.
- Ακτινογραφίες.

(Ahnefeld FW. Sekunden entscheiden. Berlin Heidelberg, Springer, Verglang, 1981).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΚΕΣ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πάσχοντος που έχει ανάγκη άμεσης και εντατικής αντιμετώπισης δεν εφαρμόζεται μόνο μέσα στο νοσοκομείο αλλά αντίθετα, πρέπει να αρχίζει προνοσοκομειακά, στον τόπο του συμβάντος. Είναι γνωστό ότι πολλά επανακτήσιμα βαριά περιστατικά χάνονται, γιατί δεν υπάρχει βοήθεια στον τόπο του συμβάντος ή η βοήθεια φτάνει καθυστερημένα ή παρέχεται από μη εκπαιδευμένο προσωπικό, που του λείπει και ο στοιχειώδης εξοπλισμός. Κατά συνέπεια, ακόμη και όταν δεν χάσουν τη ζωή τους, οι ασθενείς αυτοί αποκομίζουν μεγαλύτερες βλάβες από ό,τι εάν είχαν αντιμετωπιστεί αμέσως (π.χ. ακρωτηριασμό). Γι' αυτούς τους λόγους αναπτύχθηκε η Προνοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική, που ασκείται στον τόπο του συμβάντος (δρόμο, εργοστάσιο, κατοικία με ειδικές μονάδες και ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό (Πρακτικά Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσοκομειακής Φροντίδας).

Ο στόχος των κινητών μονάδων είναι να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά, στο συντομότερο δυνατό χρόνο, τον αμεσότερο κίνδυνο που απειλεί έναν ασθενή, όπως απόφραξη αεραγωγού, shock, έμφραγμα κλπ.

Όσον αφορά τον εξοπλισμό και τη στελέχωση, μια τέτοια υπηρεσία πρέπει να διαθέτει αυτοκίνητα και ελικόπτερα με αυτόνομο εξοπλισμό και να στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Η τηλεφωνική κλήση αυτής της υπηρεσίας από άτομο που πάσχει πρέπει να είναι ενιαία σε εθνικό επίπεδο. Η υπηρεσία αυτή αποφασίζει κατά περίπτωση και κατευθύνει το περιστατικό στο πλησιέστερο προς τον ασθενή Συντονιστικό κέντρο Προνοσοκομειακής Βοήθειας. Συνδετικός κρίκος μεταξύ της προ- και ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του βαριά πάσχοντος είναι το Τ.Ε.Π. της περιοχής, το οποίο στελεχώνει, εξοπλίζει και συντηρεί τις κινητές μονάδες

(ασθενοφόρα) με δική του ευθύνη και με προδιαγραφές που ορίζει το ίδιο. Σε υγειονομικές περιοχές που υπάρχει ένα μόνο νοσηλευτικό συγκρότημα, το Συντονιστικό Κέντρο Προνοσοκομειακής Βοήθειας και το Τ.Ε.Π. είναι ενιαία. Σε άλλες όμως περιοχές, όπου υπάρχουν περισσότερα Τ.Ε.Π. (π.χ. μεγάλα αστικά κέντρα), το Συντονιστικό Κέντρο Προνοσοκομειακής Βοήθειας μπορεί να αποτελεί ανεξάρτητη υπηρεσία, που αξιολογεί την κάθε περίπτωση, ενεργοποιεί τις κινητές μονάδες και κατευθύνει τον ασθενή στο Τ.Ε.Π. που κρίνει ότι είναι το πιο κατάλληλο για την αντιμετώπιση της περιπτώσεώς του. (Ahnefeld F.W., Kiliam J. Schuster, *Lerbuch fuer Notfall Medizin*, Berlin: Springer Verlag, 1990: 3 – 16, 347 – 76).

6.2. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΙΝΗΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Κάθε Τ.Ε.Π. πρέπει να διαθέτει τους παρακάτω τύπους κινητών μονάδων (ασθενοφόρα):

- Ασθενοφόρο τύπου I, για τη μεταφορά απλών περιπτώσεων. Είναι στελεχωμένο με δυο οδηγούς – νοσοκόμους ή με έναν οδηγό και μια μαία, προκειμένου για επιτόκους.
- Ασθενοφόρο τύπου II, για τη διακομιδή βαριά πασχόντων. Είναι εξοπλισμένο με φορείο, ηλεκτροκαρδιογράφο, μικρή συσκευή οξυγόνου, συσκευή αναρρόφησης και βασικά φάρμακα άμεσης ανάγκης. Είναι στελεχωμένο με ένα νοσηλευτή, ειδικευμένο στην Επείγουσα Ιατρική και έναν οδηγό – νοσοκόμο.
- Ασθενοφόρο τύπου III, για την επιτόπου αντιμετώπιση και μεταφορά βαριά πασχόντων. Είναι μεγάλη κινητή μονάδα σε διαστάσεις καμπίνας, για να είναι δυνατή η εργασία σε όρθια θέση. Είναι εφοδιασμένο με 2 φορεία, ηλεκτροκαρδιογράφο με καταγραφικό, απινιδωτή, εξοπλισμό διασωλήνωσης, φορητό αναπνευστήρα, συσκευή αναρρόφησης, συσκευή παροχέτευσης θώρακα, οβίδες οξυγόνου, ορούς, υποκατάστατα αίματος και φάρμακα. Η μονάδα αυτή στελεχώνεται, ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού, με γιατρούς, νοσηλευτές των Τ.Ε.Π. και οδηγούς – νοσοκόμους.

Ασθενοφόρο τύπου IV, για την ταχεία προσπέλαση, επιτόπου αντιμετώπιση, και μεταφορά στη συνέχεια βαριά πασχόντων. Είναι ελικόπτερο ή ταχύπλοο σκάφος με προδιαγραφές ασθενοφόρου τύπου III, που εξυπηρετεί περιοχές με γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (π.χ. νησιά, δυσπρόσιτες οδικά ή ορεινές περιοχές).

Σε περίπτωση μαζικών ατυχημάτων πρέπει να υπάρχει, σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες, δυνατότητα κινητοποίησης και άμεσης μετατροπής σε ασθενοφόρα τύπου III και IV και άλλων μεταφορικών μέσων (π.χ ελικοπτέρων, ταχύπλων σκαφών) (1. Ασκητοπούλου Ελένη, "Επείγουσα και Εντατική Ιατρική". Εκ. Πίτσας. Αθήνα, 1991.και 2). Ahnefeld FW. Qualifikation fuer den Notartz, Notfallmedizin 1991, 8: 937 – 945).

6.3. ΜΑΖΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ – ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Όλα τα νοσοκομεία θα πρέπει να έχουν προνοήσει για την επείγουσα αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού ασθενών σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών. Για το σκοπό αυτό πρέπει από πριν να έχουν συγκροτήσει μια πολυδύναμη Επιτροπή Αντιμετώπισης Μαζικών Ατυχημάτων και Καταστροφών (ΕΑΜΑΚ) (Πρακτικά Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσοκομειακής Φροντίδας).

Η ΕΑΜΑΚ οργανώνεται από το ΤΕΠ και έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- 1) Δραστηριοποιείται σε περιπτώσεις μαζικού ατυχήματος αυτόβουλα ή μετά από κλήση του Συντονιστικού Κέντρου Προνοσοκομειακής Βοήθειας, και διατηρεί συνεχή επαφή με αυτό.
- 2) Χρησιμοποιεί τις επικοινωνίες και τις κινητές μονάδες των Τ.Ε.Π.
- 3) Είναι υπεύθυνη για:
 - α) τη συνεχή ετοιμότητα του νοσοκομείου της υγειονομικής περιφέρειας για την αντιμετώπιση μεγάλου βαριά πασχόντων και τραυματιών σε περίπτωση μαζικού ατυχήματος.

- β)** την εκπαίδευση του προσωπικού στην προνοσοκομειακή επείγουσα ιατρική και την εκτέλεση ασκήσεων ετοιμότητας, περίπου 2 φορές το χρόνο.
- γ)** τη συγκέντρωση, αποθήκευση, συντήρηση και περιοδική αντικατάσταση φαρμάκων, υγειονομικού υλικού και εξοπλισμού που προορίζονται αποκλειστικά για περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων.
- δ)** τα διαδικαστικά προβλήματα που είναι πιθανό να προκύψουν μετά την κήρυξη κατάστασης μαζικού ατυχήματος (εξιτήρια χρόνια ασθενών, αναβολές προγραμματισμένων χειρουργείων, αναστολή ωραρίου προσωπικού κλπ.). Σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλεται η συνεργασία της ΕΑΜΑΚ και με άλλες μη ιατρικές υπηρεσίες όπως ένοπλες κατόπιν ιατρικής εντολής, είτε στο χειρουργείο, είτε στη μονάδα, είτε σε τμήμα, για περαιτέρω έλεγχο και παρακολούθηση.

Σε όλες τις ενέργειες που απαιτούνται θα πρέπει να υπάρχει αρμονικά σχεδιασμένη συνεργασία του ιατρού με το νοσηλευτή – τρία και όλα τα απαραίτητα υλικά σε κοντινή απόσταση ώστε να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος σε άσκοπες μετακινήσεις (2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Τραύματος / Μαζικές καταστροφές).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ

Το Τ.Ε.Π. πρέπει να καθαρίζεται και να σφουγγαρίζεται πρωί και απόγευμα και να αδειάζονται οι κάδοι των σκουπιδιών πριν γεμίσουν.

Πρέπει το προσωπικό να πετά τα απορρίμματα στην ανάλογη σακούλα (μαύρη για τα κοινά, κόκκινη για τα μολυσματικά).

Οι βελόνες πρέπει να πετιούνται στα κίτρινα κουτιά τα οποία να κλείνονται όταν γεμίσουν κατά τα 4/5 και να πηγαίνουν σε ειδικό κλίβανο.

Πρέπει να υπάρχει αρκετός χώρος ακαθάρτων με επαρκή αερισμό και φωτισμό, στον οποίο θα τοποθετούνται τα ακάθαρτα σεντόνια σε κάδους οι οποίοι θα κλείνουν καλά.

Τέλος, όταν εμφανίζονται μολυσματικά περιστατικά (π.χ. AIDS) πρέπει να ακολουθείται το πρωτόκολλο, σχετικά με την αντιμετώπιση μολυσματικού περιστατικού.

Επειδή όμως δεν είμαστε σε θέση πάντα να γνωρίζουμε αν το περιστατικό είναι μολυσματικό ή όχι, θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται αυστηρά μέτρα από την αρχή σαν να είναι το περιστατικό μολυσματικό (Νοσηλευτική χειρουργική ειδικότητα, "Οργάνωση – Μελέτη και αρχιτεκτονικός σχεδιασμός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών", Π.Γ.Ν.Ν. Πειραιά "Αγ. Παντελεήμων", Νίκαια 1998 – 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. ΔΙΟΙΚΗΣΗ

8.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος διοίκηση σημαίνει κάθε δραστηριότητα την οποία αναπτύσσουν τα άτομα και οι διάφοροι δημόσιοι ή ιδιωτικοί οργανισμοί για τη συστηματική και συνεπή διεύθυνση και διαχείριση των υποθέσεων τους (Βασιλική Λανάρα «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Ζ Έκδοση, Αθήνα 2000).

8.1.1. Αρχές Διοίκησης

Αρχές είναι θεμελιώδεις αλήθειες, οι οποίες εξηγούν ορισμένα φαινόμενα, δηλαδή τις σχέσεις μεταξύ δυο ή περισσότερων σειρών μεταβλητών. Αρχές είναι αξιώματα στα οποία στηρίζεται κάθε απόδειξη, χωρίς να επιδέχονται ή να χρειάζονται αποδείξεις τα ίδια (Βασιλική Λανάρα «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών », Ζ Έκδοση, Αθήνα 2000).

8.1.2. Θεμελιώδεις Αρχές Διοίκησης

Οι βασικές αρχές που διέπουν κάθε οργανισμό και επιβάλλονται από το Διοικητικό Δίκαιο είναι:

- ∅ Η αρχή της κανονικής και συνεχούς λειτουργίας της υπηρεσίας.
- ∅ Η αρχή της προσαρμογής της λειτουργίας της υπηρεσίας προς τις εκάστοτε συνθήκες ώστε να επιτυγχάνεται πάντοτε η εξυπηρέτηση του συμφέροντος του κοινού. (Βασιλική Λανάρα «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Ζ Έκδοση, Αθήνα 2000)

8.1.3. Ειδικές αρχές διοίκησης στον τομέα της υγείας.

- ∅ Ο σκοπός της διοίκησης σε οποιοδήποτε περιβάλλον υγείας είναι «υπηρεσία». Η υπηρεσία επιτελείται από άτομα σε άλλα άτομα.
- ∅ Το κύριο μέλημα του διοικούντος είναι να συντονίζει ότι είναι απαραίτητο ώστε ο καθένας να μπορεί να εκτελεί την υπηρεσία του.

- Ø Ο βαθμός επιτυχίας του σκοπού της διοίκησης εξαρτάται:
- a) Κατανόηση του σκοπού
 - b) Από κοινού εργασία για την επίτευξη
 - c) Χρησιμοποίηση διατιθέμενων μέσων
 - d) Οι μέθοδοι διοίκησης είναι κοινά για τον ιδιωτικό και δημόσιο χώρο,(βιομηχανία, εκπαίδευση, κυβερνητικούς οργανισμούς).
 - e) Ιδιαίτερη και μεγάλη η σημασία της διοίκησης λόγω της πολυσυνθετικότητας υγειονομικών υπηρεσιών μετά την πρόοδο της Ιατρικής – Νοσηλευτικής επιστήμης και τεχνολογικής εξέτασης.
 - f) Κατανόηση και γνώση της θεωρίας και εφαρμογής της διοίκησης γιατί ασκείται σε οποιοδήποτε υγειονομικό φορέα και οπουδήποτε νοσηλεύεται ασθενής (Βασιλική Λανάρα «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Ζ Έκδοση, Αθήνα 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΤΟΥ Τ.Ε.Π. – ΝΕΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ - ΣΤΟΧΟΙ

Όπως σε όλο τον κόσμο έτσι και στη χώρα μας οι τομείς της υγείας και πρόνοιας επηρεάζονται και ακολουθούν τις μεταβολές που επέρχονται τόσο στις κοινωνικές δομές, στο χώρο της προσφοράς υγείας αλλά και τα οικονομικά δεδομένα.

Ενιαίος γενικός στόχος είναι η αναζήτηση νέων στρατηγικών στην υγειονομική περίθαλψη και την κοινωνική φροντίδα ώστε να μειωθούν οι μεγάλοι κίνδυνοι για την υγεία και να γίνουν πιο αποδοτική οι πόροι του κάθε συστήματος υγείας.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες αλλά και ακολουθώντας παραδείγματα άλλων συστημάτων υγείας αναπροσαρμόζεται σε μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού και αποδοτικής χρήσης πόρων

Ο νόμος 2889/2001 καθορίζει για πρώτη φορά το πλαίσιο λειτουργίας αυτόνομων Τμημάτων Επείγοντων Περιστατικών.

Σε κάθε νοσοκομείο δημιουργείται αυτοτελές Διοικητικό τμήμα Επείγοντων Περιστατικών με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επείγοντων περιστατικών

Ο στόχος, όπως σαφώς και στον νόμο αναφέρεται και αποτελεί την επίσημη παραδοχή των όσων οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας γνωρίζουν είναι «Η καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και ο περιορισμός των «πλασματικών) επειγουσών εισαγωγών. Η ανάγκη της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του επείγοντως περιστατικού οδήγησαν στη δημιουργία του ανεξάρτητου Τμήματος Επείγοντων Περιστατικών, στελεχωμένο πλέον με προσωπικό που ανήκει στο τμήμα.

Οι υπηρεσίες από τις οποίες στελεχώνεται το ΤΕΠ είναι η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική καθώς και το παραϊατρικό προσωπικό. Η ιατρική και η

νοσηλευτική υπηρεσία μπορούν αυτόνομα να λειτουργήσουν ένα ΤΕΠ. Συμπληρωμένοι όμως από το παραϊατρικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό και προσωπικό ασφαλείας, μπορούν να μεγιστοποιήσουν τις δυνατότητες παροχής φροντίδας στους ασθενείς αλλά και να εξασφαλίσουν ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας για το προσωπικό του ΤΕΠ.

Η διοικητική υπηρεσία είναι αυτή που απλοποιεί, διευκολύνει και οργανώνει την αποτελεσματική στρατηγική λειτουργίας του Τμήματος.

Ο νόμος της οργάνωσης, λειτουργίας και στελέχωσης των ΤΕΠ καθορίζει τα κριτήρια για τον ακριβή αριθμό εργαζόμενων που είναι :

- Η δυναμικότητα σε κλίνες
- Οι ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου
- Ο μέσος αριθμός προσερχόμενων ασθενών

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα ΤΕΠ).

..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10. ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΘΕΣΕΩΝ

10.1.1 Διευθυντής Τ.Ε.Π.

- ♦ **Αποστολή της θέσης** του είναι να προγραμματίζει, να κατευθύνει, να ελέγχει και να συντονίζει τις ιατρικές και διοικητικές εργασίες και δραστηριότητες των επιμέρους μονάδων του Τ.Ε.Π, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή επείγουσας ιατρικής φροντίδας υψηλής ποιότητας με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Ο ρόλος του είναι επιτελικός αλλά ασκεί και ιατρικά καθήκοντα όταν αυτό απαιτείται.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Σχέσεις αναφοράς.** Αναφέρεται στον Διευθυντή Τομέα Επείγουσας Ιατρικής (ή στον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας).

Αντικαθίσταται από τον αναπληρωτή Διευθυντή ή Επιμελητή Α΄ της επιλογής του Διευθυντή Τ.Ε.Π. μέσω της διαδικασίας που επιβάλλει ο εσωτερικός κανονισμός του νοσοκομείου.

Αναφέρεται σε αυτόν: το ιατρικό προσωπικό του Τ.Ε.Π., ο προϊστάμενος διοικητικών υπηρεσιών Τ.Ε.Π., η προϊσταμένη νοσηλευτικού προσωπικού Τ.Ε.Π.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Κύριες υπευθυνότητες:** Ο διευθυντής Τ.Ε.Π. προϊστάται όλων των υπηρεσιών του Τ.Ε.Π.. Κύρια καθήκοντα του είναι:

1) Συντονίζει, κατευθύνει και ελέγχει τις δραστηριότητες των επιμέρους μονάδων του Τ.Ε.Π., σύμφωνα με το σχέδιο και τον τρόπο διεξαγωγής των εργασιών.

2) Αναπτύσσει πολιτικές και διαδικασίες σχετικά με την αντιμετώπιση επειγόντων. Συντονίζει και κατευθύνει τη διαρκή βελτίωση των λειτουργιών των επιμέρους μονάδων και αναπτύσσει πολιτικές συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- 3) Εποπτεύει την πιστή εφαρμογή από το προσωπικό των κανονισμών, της νομοθεσίας και των εκάστοτε αποφάσεων του Συμβουλίου Διοίκησης.
- 4) Ρυθμίζει υπηρεσιακά θέματα, ελέγχει την επίτευξη των στόχων και την αξιοποίηση όλων των πόρων και εποπτεύει την εφαρμογή των συστημάτων και των διαδικασιών διαχείρισης προσωπικού.
- 5) Εποπτεύει την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα της εσωτερικής και εξωτερικής επικοινωνιακής πολιτικής του Τ.Ε.Π.
- 6) Υποστηρίζει και εποπτεύει την ιατρική εκπαίδευση και έρευνα, καθώς και την εφαρμογή της πολιτικής επιμόρφωσης / εκπαίδευσης του λοιπού προσωπικού του Τ.Ε.Π.
- 7) Εποπτεύει και εξασφαλίζει την αποτελεσματική και έγκαιρη στελέχωση των θέσεων του Τ.Ε.Π.
- 8) Καταρτίζει τον μακροπρόθεσμο προγραμματισμό των επενδυτικών και λειτουργικών δραστηριοτήτων του Τ.Ε.Π. και το πρόγραμμα στελέχωσης του και μεριμνά για τη σύνταξη του ετήσιου λειτουργικού και επενδυτικού προϋπολογισμού σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου.
- 9) Υποβάλλει στο συμβούλιο διοίκησης προς έγκριση προτάσεις ως προς τους στόχους του Τ.Ε.Π, τον λειτουργικό ή επενδυτικό προϋπολογισμό του και εισηγείται τρόπους ανάπτυξης και εξέλιξης των λειτουργιών του.

(1. Στάθη Ι. Γιώργος. "Μπορούν να λειτουργήσουν ορθολογικά τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών", «Επιθεώρηση Υγείας – Επιστήμες – Τεχνολογία – Πολιτικές», Επιστημονικό και Ενημερωτικό Περιοδικό του Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα, Τόμος 10, Τεύχος 58, Εκδοτική Παραγωγή GRAFFITI Ε.Π.Ε., Αθήνα 2000 και 2)Αγγουριδάκης Π., Δανδράκης Π., "Βασικές αρχές οργάνωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στην Ελλάδα", Τόμος 81, Τεύχος 5, Εκδότης Γ. Πετρίκος, Αθήνα 2002)

♦ **Προδιαγραφές θέσης του Διευθυντή του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. Άδεια άσκησης ιατρικής
2. Εξειδίκευση στην Εντατικολογία ή ειδικότητα στην Χειρουργική την Παθολογία ή ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας ο οποίος έχει εξειδίκευση στην επείγουσα ιατρική.
3. Τουλάχιστον 8 χρόνια εμπειρίας στην επείγουσα ιατρική.
4. Ηγετικές ικανότητες και ικανότητα συντονισμού και παρακίνησης ιατρών και λοιπών υφισταμένων
5. Οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες
6. Ενδιαφέρον στην επείγουσα ιατρική ως διακριτή ειδικότητα της ιατρικής επιστήμης.
7. Προσανατολισμός στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και ικανότητα κατανόησης των ειδικών αναγκών τους.
8. Προσανατολισμός στην επίτευξη των στόχων του .Τ.Ε.Π.
9. Ευχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

10.1.2 Προϊσταμένη Νοσηλευτικού Προσωπικού Τ.Ε.Π.

- ♦ **Αποστολή της θέσης:** Ο βασικός σκοπός της θέσης είναι να προγραμματίζει, να συντονίζει, να παρακινεί και να ελέγχει τις εργασίες και τις δραστηριότητες όλου του νοσηλευτικού προσωπικού (συμπεριλαμβανομένων και των τραυματιοφορέων) του .Τ.Ε.Π., έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Ο ρόλος της συνίσταται στην επιτυχή διεκπεραίωση τόσο των νοσηλευτικών όσο και των διοικητικών λειτουργιών της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Τ.Ε.Π.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Σχέσεις αναφοράς:** Αναφέρεται διοικητικά στον Διευθυντή Τ.Ε.Π. ή στον Διευθυντή τομέα επείγουσας ιατρικής της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Αντικαθίσταται από την αρχαιότερη νοσηλεύτρια.

Αναφέρεται σε αυτήν: το νοσηλευτικό προσωπικό του Τ.Ε.Π., οι τραυματιοφορείς, το προσωπικό καθαριότητας (σε λειτουργικό επίπεδο), το προσωπικό ασφάλειας (σε λειτουργικό επίπεδο).

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

♦ **Κύριες υπευθυνότητες:** Η προϊσταμένη του Τ.Ε.Π. προϊσταται της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Τ.Ε.Π.. Κύρια καθήκοντα της είναι να:

- 1) Προγραμματίζει, συντονίζει και ελέγχει τις δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού του Τ.Ε.Π., σύμφωνα με τον σχεδιασμό και τον τρόπο διεξαγωγής των εργασιών.
- 2) Καταρτίζει το εβδομαδιαίο και μηνιαίο πρόγραμμα εναλλαγής βαρδιών, σύμφωνα με το γενικό σχεδιασμό λειτουργίας του Τ.Ε.Π.
- 3) Παρακολουθεί τις εργασίες του Τ.Ε.Π. και επιβεβαιώνει την καταγραφή τους.
- 4) Ρυθμίζει υπηρεσιακά θέματα της αρμοδιότητας της και ελέγχει την αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων και μέσων.
- 5) Επιβλέπει την ροή των ασθενών και βελτιώνει την ταχύτητα της.
- 6) Ενισχύει την φροντίδα ασθενών και εποπτεύει την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους.
- 7) Εξασφαλίζει βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό όταν αυτό είναι αναγκαίο.
- 8) Επιβλέπει και ρυθμίζει τη ροή του διακινούμενου φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού.
- 9) Υποστηρίζει κρίσιμες εσωτερικές επικοινωνίες του Τ.Ε.Π. και συμβάλει στην ενημέρωση του συγγενικού περιβάλλοντος των ασθενών.
- 10) Μεριμνά για την εκπαίδευση ή επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού στην επείγουσα ιατρική.

Οι αποφάσεις που λαμβάνει η προϊσταμένη Τ.Ε.Π. αφορούν σε θέματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων της και αφορούν λειτουργικά ζητήματα του Τ.Ε.Π.

Το έργο της προϊσταμένης ελέγχεται και αξιολογείται βάση της κάλυψης των αναγκών των ασθενών σε νοσηλευτική φροντίδα.

(Στάθη Ι. Γιώργος. "Μπορούν να λειτουργήσουν ορθολογικά τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών", «Επιθεώρηση Υγείας – Επιστήμες – Τεχνολογία – Πολιτικές», Επιστημονικό και Ενημερωτικό Περιοδικό του Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα, Τόμος 10, Τεύχος 58, Εκδοτική Παραγωγή GRAFFITI Ε.Π.Ε., Αθήνα 2000)

♦ **Προδιαγραφές θέσης της προϊσταμένης νοσηλευτικού προσωπικού του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. Πτυχίο νοσηλευτικής (ΠΕ, ΤΕ)
2. Ειδικότητα σε Παθολογία ή Χειρουργική και μετεκπαίδευση σε επείγοντα περιστατικά.
3. Τουλάχιστον 4 χρόνια εμπειρίας σε επείγοντα περιστατικά.
4. Τουλάχιστον 2 χρόνια εμπειρίας ως Υπεύθυνη Τμήματος.
5. Ικανότητα συντονισμού και παρακίνησης νοσηλευτικού προσωπικού.
6. Οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες.
7. Ευχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

10.1.3. Προϊστάμενος Διοικητικών Υπηρεσιών Τ.Ε.Π.

- ♦ **Αποστολή της θέσης:** Βασικός σκοπός της θέσης είναι να προγραμματίζει, να ελέγχει και να συντονίζει τις εργασίες και τις δραστηριότητες του διοικητικού προσωπικού του Τ.Ε.Π., έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η έγκαιρη και αποτελεσματική υποστήριξη στις λειτουργίες του Τ.Ε.Π.

Ο ρόλος του συνίσταται στην επιτυχή διαιεκπεραίωση τόσο των διοικητικών όσο και των λειτουργικών δραστηριοτήτων της οργανωτικής μονάδας.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Σχέσεις αναφοράς:** Αναφέρεται διοικητικά στον Διευθυντή Τ.Ε.Π. ή στον Διευθυντή Τομέα Επείγουσας Ιατρικής και λειτουργικά στον Διευθυντή Διοικητικών Υπηρεσιών.

Αντικαθίσταται από τον αρχαιότερο διοικητικό υπάλληλο.

Αναφέρονται σε αυτόν όλοι οι υπάλληλοι των διοικητικών υπηρεσιών του Τ.Ε.Π., το προσωπικό ασφαλείας (σε διοικητικό επίπεδο), το προσωπικό καθαριότητας (σε διοικητικό επίπεδο).

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Κύριες υπευθυνότητες:** Κύρια καθήκοντα του είναι:

- 1) Ο προϊστάμενος Διοικητικών υπηρεσιών Τ.Ε.Π. προϊστάται της διοικητικής υπηρεσίας του Τ.Ε.Π., σύμφωνα με τον σχεδιασμό και τον τρόπο διεξαγωγής των εργασιών.
- 2) Υποστηρίζει και υποβοηθά τις εργασίες του Τ.Ε.Π.
- 3) Ρυθμίζει υπηρεσιακά θέματα της αρμοδιότητας του και ελέγχει την αξιοποίηση όλων των πόρων.
- 4) Αναπτύσσει πολιτικές επιμόρφωσης / εκπαίδευσης του διοικητικού προσωπικού του Τ.Ε.Π. και φροντίζει για τη συμμετοχή τους στα σχετικά προγράμματα.
- 5) Εξασφαλίζει την επαρκή στελέχωση της οργανωτικής του μονάδας σε συνεργασία με τον Διευθυντή Διοικητικών Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.
- 6) Προγραμματίζει, συντονίζει και εξασφαλίζει την σωστή λειτουργία των αποθηκών Τ.Ε.Π.

Οι αποφάσεις που λαμβάνει ο Προϊστάμενος Διοικητικών Υπηρεσιών Τ.Ε.Π. αφορούν σε θέματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων του κι αφορούν υποστηρικτικές λειτουργίες του Τ.Ε.Π. Το έργο του Προϊστάμενου ελέγχεται και αξιολογείται βάση της επαρκούς και αποτελεσματικής κάλυψης των υποστηρικτικών αναγκών του Τ.Ε.Π.

(Στάθη Ι. Γιώργος. "Μπορούν να λειτουργήσουν ορθολογικά τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών", «Επιθεώρηση Υγείας – Επιστήμες – Τεχνολογία – Πολιτικές», Επιστημονικό και Ενημερωτικό Περιοδικό του Προσωπικού του

Υγειονομικού Τομέα, Τόμος 10, Τεύχος 58, Εκδοτική Παραγωγή GRAFFITI Ε.Π.Ε., Αθήνα 2000)

♦ **Προδιαγραφές θέσης του προϊστάμενου διοικητικών υπηρεσιών του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. Πτυχίο διοίκηση επιχειρήσεων (ΤΕΙ ή ΠΕ)
2. Τουλάχιστον 2 χρόνια εμπειρίας ως Προϊστάμενος Τμήματος και 5ετη συνολική προϋπηρεσία σε θέματα υγείας.
3. Καλή γνώση της Αγγλικής γλώσσας.
4. Γνώση Η/Υ.
5. Ικανότητα συντονισμού προσωπικού.
6. Οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες.
7. Ευχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

10.1.4. Ιατρικό προσωπικό Τ.Ε.Π.

- ♦ **Αποστολή της θέσης:** Ο βασικός σκοπός της κάθε ειδικότητας ιατρού είναι να παρέχει υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες στους ασθενείς του Τ.Ε.Π.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Σχέσεις αναφοράς:** Αναφέρεται στον Διευθυντή Τ.Ε.Π. ή στον Διευθυντή Τομέα Επείγουσας Ιατρικής.

Αντικαθίσταται από ιατρό της ίδιας ειδικότητας.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Κύριες υπευθυνότητες** Κύρια καθήκοντα του ιατρικού προσωπικού είναι:
- 1) Η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς.
 - 2) Η αποτελεσματική λειτουργία του αντίστοιχου εξεταστηρίου.
 - 3) Η αποτελεσματική εκτέλεση των καθηκόντων τους (εξέταση, διάγνωση) λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική πρακτική και την σωστή λειτουργία του Τ.Ε.Π.
 - 4) Η αναγνώριση των αναγκών και η δημιουργία προτάσεων βελτιωτικών παρεμβάσεων σχετικά με τη λειτουργία, τις διαδικασίες, την υποδομή

και τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσον αφορά στο ιατρείο / χώρο εργασίας της ειδικότητας αυτής.

- 5) Καλεί τον επισκέπτη υγείας ή τον κοινωνικό λειτουργό στην περίπτωση ασθενών που χρήζουν ψυχολογικής ή κοινωνικής υποστήριξης.
- 6) Εξετάζει τον ασθενή και παραγγέλλει τις αναγκαίες εξετάσεις.
- 7) Ελέγχει τα αποτελέσματα των εξετάσεων και προβαίνει στις κατάλληλες ενέργειες.
- 8) Αποφασίζει τις επόμενες ενέργειες (π.χ. κλήση ειδικού από κλινική του νοσοκομείου).
- 9) Παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς.
- 10) Κατά την έξοδο του ασθενή του παραδίδει γραπτές οδηγίες.
- 11) Επικοινωνεί με τον ασθενή για εξακρίβωση της πορείας της υγείας του.

(Στάθη Ι. Γιώργος. "Μπορούν να λειτουργήσουν ορθολογικά τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών", «Επιθεώρηση Υγείας – Επιστήμες – Τεχνολογία – Πολιτικές», Επιστημονικό και Ενημερωτικό Περιοδικό του Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα, Τόμος 10, Τεύχος 58, Εκδοτική Παραγωγή GRAFFITI Ε.Π.Ε., Αθήνα 2000)

♦ **Προδιαγραφές θέσης του ιατρικού προσωπικού του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. Πτυχίο ιατρικής.
2. Εξειδικευμένος Εντατικολόγος ή Ειδικευόμενος ιατρός στην παθολογία ή την χειρουργική ή σε οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα.
3. Προσανατολισμός στην παροχή ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς.
4. Ικανότητες οργάνωσης και διοίκησης ιατρείου.
5. Ευχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις.
6. Ικανότητα συνεργασίας με διοικητικές υπηρεσίες.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

10.1.5. Νοσηλευτικό προσωπικό Τ.Ε.Π.

- ♦ **Αποστολή της θέσης:** Ο βασικός σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού των Τ.Ε.Π. είναι η επαρκής και αποτελεσματική υποστήριξη των εξεταστριών καθώς και των άλλων χώρων παροχής ιατρικής φροντίδας του Τ.Ε.Π.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Σχέσεις αναφοράς:** Αναφέρεται στην Προϊσταμένη Τ.Ε.Π.
Αντικαθίσταται από άλλο νοσηλευτή του Τ.Ε.Π.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Κύριες υπευθυνότητες:** Κύρια καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι:

- 1) Η διασφάλιση της τήρησης των διαδικασιών των Υγειονομικών Υπηρεσιών.
- 2) Η παροχή υποστήριξης στα ιατρεία και τους λοιπούς χώρους του Τ.Ε.Π.
- 3) Η έγκαιρη και πλήρης συμπλήρωση εντύπων.
- 4) Υποδέχεται τον ασθενή.
- 5) Συνοδεύει τον ασθενή σε χώρο triage και σε χώρο αναζωογόνησης ανάλογα με το βαθμό επείγοντος περιστατικού.
- 6) Ο νοσηλευτής triage εκτιμά την κατάσταση του ασθενούς και αναγράφει σε έντυπο την κατηγορία του ασθενούς.
- 7) Τοποθετεί στον καρπό του ασθενή μπρασελέ.
- 8) Λαμβάνει τα κατάλληλα δείγματα για τις βασικές εξετάσεις.
- 9) Αποστέλλει τα δείγματα στο κατάλληλο εργαστήριο.
- 10) Βοηθάει στη λήψη ακτινογραφίας με φορητό ακτινολογικό.
- 11) Παραλαμβάνει τα αποτελέσματα των εξετάσεων
- 12) Παρέχει νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη μονάδα βραχείας νοσηλείας.
- 13) Μεταφέρει τα απαραίτητα έγγραφα στη γραμματεία στην περίπτωση που ο ασθενής είναι βαριά.

(Οργάνωση, προγραμματισμός και λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών – Διεπιστημονική Συνεργασία, Επιστημονικά υπεύθυνος ενέργειας κατάρτισης: Δρ. Νικόλαος Φίλιας, Διευθυντής ΜΕΘ. Νοσοκομείου “Άγιος Σάββας”).

♦ **Προδιαγραφές θέσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. ΠΕ, ΤΕ (ή ΙΕΚ, ως βοηθός νοσηλεύτη) με κατεύθυνση νοσηλευτικών ειδικοτήτων
2. Τουλάχιστον 2ετη προϋπηρεσία σε επείγοντα περιστατικά. Σε περίπτωση που εκτελεί χρέη triage απαιτείται επιπλέον ειδική εκπαίδευση στο συγκεκριμένο αντικείμενο
3. Προσανατολισμός στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους ιατρούς

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

10.1.6. Τραυματιοφορείς Τ.Ε.Π.

- ♦ **Αποστολή της θέσης:** Ο βασικός σκοπός των τραυματιοφορέων του Τ.Ε.Π. είναι η επαρκής και αποτελεσματική υποστήριξη του Τ.Ε.Π. όσον αφορά στην παραλαβή, μεταφορά και μετακίνηση των ασθενών σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών, της Προϊσταμένης Τ.Ε.Π. και του νοσηλευτικού προσωπικού.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Σχέσεις αναφοράς:** Αναφέρεται στην Προϊσταμένη Τ.Ε.Π.
Αντικαθίσταται από άλλο τραυματιοφορέα.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Κύριες υπευθυνότητες:** Κύρια καθήκοντα των τραυματιοφορέων είναι:
- 1) Η παραλαβή των ασθενών κατά την άφιξη τους και προώθηση τους στο χώρο διαλογής (triage / και γραμματείας).
 - 2) Η μεταφορά των ασθενών από και προς τα εξεταστήρια.
 - 3) Η μεταφορά των ασθενών προς τις κλινικές του νοσοκομείου και προς την έξοδο του Τ.Ε.Π., τις αίθουσες ανάνηψης και βραχείας νοσηλείας.

Γερογιάννης Νικόλαος, «Το τμήμα επειγόντων περιστατικών στο ελληνικό νοσοκομείο – Πως μπορεί να οργανωθεί σε πρώτη φάση», Ελληνική Ιατρική, Τόμος 63, Τεύχος 3, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

♦ **Προδιαγραφές θέσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. Πτυχίο ΙΕΚ με κατεύθυνση παραϊατρικών ειδικοτήτων.
2. Τουλάχιστον 2 χρόνια προϋπηρεσία στο σχετικό αντικείμενο.
3. Προσανατολισμός στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς, το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό του Τ.Ε.Π.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

10.1.7. Μηχανογραφική υποστήριξη

- ♦ **Αποστολή της θέσης:** Ο βασικός σκοπός της θέσης αυτής είναι η παροχή καθημερινής τεχνικής υποστήριξης σε όλους τους χρήστες του Τ.Ε.Π. καλύπτοντας τις ανάγκες τους έγκαιρα και αποτελεσματικά

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

- ♦ **Σχέσεις αναφοράς:** Αναφέρεται στον Προϊστάμενο Διοικητικών Υπηρεσιών Τ.Ε.Π..

- ♦ **Κύριες υπευθυνότητες:** Κύρια καθήκοντα της θέσης αυτής είναι:

- 1) Η εξυπηρέτηση / επίλυση αιτημάτων / προβλημάτων που παρουσιάζονται από την καθημερινή χρήση των πληροφοριακών συστημάτων του Τ.Ε.Π.
- 2) Η συντήρηση, επισκευή, αναβάθμιση Η/Υ και εκτυπωτών.
- 3) Η αναβάθμιση λειτουργικών συστημάτων, δικτύου (εφόσον υπάρχει) και τοπικών υπολογιστών.
- 4) Τήρηση κανόνων ασφαλείας και προστασίας του δικτύου (εφόσον υπάρχει) και της βάσης δεδομένων.

(Οργάνωση, Προγραμματισμός και Λειτουργία Τμήματος Επείγοντων Περιστατικών – Διεπιστημονική Συνεργασία, Επιστημονικά Υπεύθυνος Ενέργειας Κατάρτισης: Δρ. Νικόλαος Φίλιας, Διευθυντής ΜΕΘ Νοσοκομείου "Άγιος Σάββας..)

♦ **Προδιαγραφές θέσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. Πτυχίο ΤΕΙ ή ΙΕΚ με κατεύθυνση πληροφορικής.
2. Τουλάχιστον 3 χρόνια προϋπηρεσίας.
3. Προσανατολισμός στην εξυπηρέτηση των χρηστών.
4. Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων τεχνικής φύσης.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

10.1.8. Λοιπό υποστηρικτικό προσωπικό Τ.Ε.Π.

- ♦ **Αποστολή της θέσης:** Ο βασικός σκοπός του υπόλοιπου υποστηρικτικού προσωπικού Τ.Ε.Π. είναι η γραμματειακή υποστήριξη του τμήματος, η υποδοχή των ασθενών, η υποστήριξη της εξόδου των ασθενών από το Τ.Ε.Π. και η γενικότερη υποστήριξη των διοικητικών λειτουργιών του Τ.Ε.Π.
- ♦ **Σχέσεις αναφοράς:** Αναφέρεται στον Προϊστάμενο Διοικητικών Υπηρεσιών Τ.Ε.Π. .
- ♦ **Κύριες υπευθυνότητες:** Κύρια καθήκοντα της θέσης αυτής είναι:
 - 1) Υποδοχή ασθενών
 - ü Καταχώρηση στοιχείων ασθενών
 - 2) Έξοδος ασθενών
 - ü Η διαχείριση των εντύπων και των παραστατικών
 - 3) Γραμματειακή υποστήριξη
 - ü Η γραμματειακή υποστήριξη στον Διευθυντή του Τμήματος και το τμήμα γενικότερα.
 - ü Η διεκπεραίωση των διαδικασιών που σχετίζονται με τα εισερχόμενα έγγραφα του τμήματος.
 - 4) Υποστήριξη διοικητικών λειτουργιών Τ.Ε.Π.
 - ü Η αρχειοθέτηση εγγράφων και εντύπων
 - ü Η παραγωγή αναφορών για τη διοίκηση του Τ.Ε.Π. και του νοσοκομείου.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

♦ **Προδιαγραφές θέσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Τ.Ε.Π.**

Τα βασικά προσόντα κάλυψης της θέσης έχουν ως εξής:

1. Απόφοιτος λυκείου και άνω.
2. Γνώση χρήσης Η/Υ.
3. Ευχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις.

(Επιτροπή Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα Τ.Ε.Π.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Η καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών, η βέλτιστη χρήση των συγκεκριμένων υποδομών, και η πλέον "οικονομική" και εύρυθμη διαχείριση υπαγορεύουν την καθημερινή λειτουργία των Τ.Ε.Π. σε 24 ωρη βάση. Τα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά της ευρύτερης περιοχής, και η διάταξη του υγειονομικού χάρτη της κάθε συγκεκριμένης περιοχής καθώς και το μέγεθος και η φύση του νοσοκομείου υπαγορεύουν την λειτουργία του Τ.Ε.Π. σε επίπεδο αντίστοιχο των αναγκών που καλείται να καλύψει. Η ποιότητα των υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής ιατρικής, τα ήδη υπάρχοντα αριθμητικά δεδομένα, όπως και ο στόχος της βελτιστοποίησης των προσφερομένων υπηρεσιών και στο επίπεδο της επείγουσας νοσοκομειακής ιατρικής καθιστούν επιτακτική την ανάγκη προσαρμογής της στελέχωσης και λειτουργίας του Τ.Ε.Π., στα ήδη ισχύοντα διεθνή πρότυπα και προδιαγραφές στελέχωσης και λειτουργίας (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. , Ενημερωτικό Φυλλάδιο, Αθήνα 2003)

11.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Τα Τ.Ε.Π πρέπει να στελεχώνονται με μόνιμο ιατρικό προσωπικό στα πλαίσια δημιουργίας και λειτουργίας ενός αυτόνομου τμήματος. Το μόνιμο ιατρικό προσωπικό καλείται να επιτελέσει τις ιατρικές πράξεις και παρεμβάσεις, όπως υποδοχή και διαλογή των ασθενών, άμεση αντιμετώπιση και αναζωογόνηση, εξειδικευμένη υποστήριξη των οργανικών συστημάτων, διαγνωστικό και απεικονιστικό έλεγχο.

Το ιατρικό προσωπικό του Τ.Ε.Π πρέπει να αποτελείται από:

- a. Αναισθησιολόγους, εντατικολόγους και γιατρούς με προϋπηρεσία στο Ε.Κ.Α.Β
- b. Ιατρούς άλλων κλινικών ειδικοτήτων (π.χ. Χειρουργική, Παθολογία, Καρδιολογία, Νευροχειρουργική, Ορθοπαιδική), με προϋπηρεσία στην επείγουσα ιατρική.

Το μόνιμο ιατρικό προσωπικό, ανεξάρτητα από την αρχική του ειδικότητα, θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελέσει μια πολυδύναμη και άμεση διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία και σταθεροποίηση του βαρέως πάσχοντος. Αυτή η γνώση και οι αντίστοιχες δεξιότητες πρέπει να μεταφέρονται στους ειδικευόμενους.

Για την καθημερινή και 24ωρη λειτουργία του Τ.Ε.Π. ο προτεινόμενος ελάχιστος αριθμός σε μόνιμο προσωπικό είναι επτά;

1. ένας διευθυντής
2. δυο επιμελητές Α΄
3. τέσσερις επιμελητές Β΄

Ο ελάχιστος αυτός αριθμός κλιμακώνεται προς τα άνω ανάλογα προς τον ετήσιο μέσο όρο προσελεύσεων / εισαγωγών επειγόντων περιστατικών και την αντίστοιχη θέση του Νοσοκομείου στον ευρύτερο Υγειονομικό Χάρτη της περιοχής αλλά και το μέγεθος του Νοσοκομείου ή τον αριθμό κλινών που διαθέτει. Η απασχόληση των ιατρών αυτών θα πρέπει να οργανωθεί έτσι ώστε να καλύπτει αφενός ισότιμα όλες τις ώρες λειτουργίας του Τ.Ε.Π σε καθημερινή βάση, αλλά και να επιτρέπει και να προάγει αφετέρου τις διαδικασίες συνεχούς μετεκπαίδευσης και εξειδίκευσης και τη λειτουργία προγραμμάτων Ελέγχου και Διασφάλισης της Ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η καθημερινή λειτουργία του Τ.Ε.Π. υπαγορεύει την ρύθμιση 24ωρης ετοιμότητας για τη διενέργεια όλων των απαιτούμενων παρακλινικών εξετάσεων, ακτινολογικών, μικροβιολογικών, αιματολογικών, βιοχημικών κλπ. Και συνεπάγεται την παρουσία στο νοσοκομείο του αντίστοιχου ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Η δυνατότητα διενέργειας χειρουργικών επεμβάσεων στα επείγοντα περιστατικά καθ' όλο το 24ωρο συνεπάγεται τη δυνατότητα λειτουργίας μιας

τουλάχιστον (επιπλέον των τακτικών, χειρουργικής αίθουσας, στο συγκρότημα χειρουργείων του Νοσοκομείου με την αντίστοιχη χειρουργική και αναισθησιολογική κάλυψη αφιερωμένης μόνο στα επείγοντα περιστατικά. Αντίστοιχη θα πρέπει να είναι η ετοιμότητα και από πλευράς αιμοδοσίας. Φ.Ε.Κ. 983, Τεύχος δεύτερο, σελ. 11791, 22 Σεπτεμβρίου 1998. "Οργάνωση και Λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στα νοσοκομεία της χώρας".

11.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η νοσηλευτική υπηρεσία του Τ.Ε.Π. στελεχώνεται με αντίστοιχο προς τις απαιτήσεις αριθμό μόνιμου προσωπικού εξαρτώμενο:

1. από τον αριθμό προσέλευσης ασθενών
2. τον αριθμό των εξεταστριών
3. των αριθμό κλινών βραχείας νοσηλείας

Το προσωπικό αυτό μπορεί να προέρχεται από

- § αναισθησιολογικά τμήματα
- § τη Μ.Ε.Θ
- § τα χειρουργεία

Το προσωπικό θα πρέπει να αποκτήσει τις απαιτούμενες δεξιότητες για την υποδοχή, διαλογή, αντιμετώπιση και περίθαλψη των επειγόντων μέσα από αντίστοιχες διαδικασίες εκπαίδευσης και εξειδίκευσης.

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. , Ενημερωτικό Φυλλάδιο, Αθήνα 2003

Το νοσηλευτικό προσωπικό του Τ.Ε.Π. πρέπει να είναι καταρτισμένο σε κάθε αντικείμενο:

1. παιδιατρική
2. μαιευτική
3. φαρμακολογία
4. καρδιολογία
5. τραύματα
6. ορθοπεδική

7. ογκολογία
8. μεταδοτικές ασθένειες

Να είναι καταρτισμένο στη φροντίδα ατόμων κάθε ηλικίας:

1. νεογέννητα
2. βρέφη
3. παιδιά
4. εφήβους
5. ενήλικες
6. ηλικιωμένους

(Εκπαίδευση της Νοσηλεύτριας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών – Τ.Ε.Π, Ενημερωτικό Φυλλάδιο, Αθηνά 2001)

Το νοσηλευτικό προσωπικό λειτουργεί αποτελεσματικά και με ασφάλεια σε καταστάσεις υψηλής έντασης. Οι ανάγκες του Τ.Ε.Π. δεν είναι ίδιες κατά τη διάρκεια του 24ωρου. Η προϊσταμένη πρέπει να μελετήσει τις ώρες αιχμής και αυξημένων αναγκών και να ενισχύσει με επιπλέον προσωπικό. Επίσης πρέπει να υπάρχει πρόγραμμα κάλυψης σε έκτακτες καταστάσεις (μαζικές καταστροφές, ατυχήματα)

(Οργάνωση – Προγραμματισμός και Λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών Κ.Ε.Κ ΠΓΝ "Κοργιαλενείο Μπενακίο", Αθήνα 2003)

Για να στελεχωθεί το τμήμα πρέπει να υπολογισθεί ο αριθμός που απαιτείται για να καλυφθεί μια θέση. Έτσι λοιπόν με τη διαίρεση των ημερών του έτους δια τον αριθμό των ημερών εργασίας του νοσηλευτή βρίσκεται ο αριθμός του απαιτούμενου προσωπικού κάλυψης μιας θέσης για το έτος με πλήρη απασχόληση.

Αφαίρεση ημερών μη εργασίας όλο το έτος για μια θέση προσωπικού πλήρους απασχόλησης.

364 ημέρες

-104 ημερήσιες (2ημερες την εβδομάδα * 52 εβδομάδες)

260 ημέρες υπόλοιπο

-10 ημέρες αργίας

250 ημέρες υπόλοιπο
- 5 ημέρες ασθένειας

245 ημέρες υπόλοιπο
- 5 ημέρες εκπαιδευτικής άδειας

240 ημέρες υπόλοιπο
- 20 ημέρες κανονικής άδειας

220 ημέρες = σύνολο ημερών εργασίας

Διαίρεση του έτους δια των ημερών πραγματικής εργασίας νοσηλευτή για την εύρεση του αριθμού πλήρους απασχόλησης απαιτούμενου προσωπικού κάλυψης της θέσης $364 / 220 = 1.65$ νοσηλευτές για την κάλυψη μίας θέσης

Βάση του τύπου 1 νοσηλευτής ανά εξεταστήριο * 30% , υπολογίζεται ο αριθμός των νοσηλευτών του Τ.Ε.Π. που είναι 50, οι βοηθοί θαλάμου 8, οι τραυματιοφορείς 25.

Ο διαχωρισμός ανά βάρδια είναι:

Ωράριο	7-3	3-11	11-7
Προσωπικό			
Προϊσταμένη	1	-	-
Νοσηλευτές	18	18	12
Βοηθοί θαλάμου	2	2	1
Τραυματιοφορείς	8	8	6

(Βασιλική Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Ζ' έκδοση, Αθήνα 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ Τ.Ε.Π.

Βασικό στοιχείο και εργαλείο της διοίκησης, στο οποίο ο έμπειρος διευθυντής βασίζει όλα του τα σχέδια, είναι ο προϋπολογισμός. Αποτελεί το καλύτερο μέσο για να εξασφαλίζεται η διάθεση των απαραίτητων συντελεστών παραγωγής και ιδίως του προσωπικού, με βάση τις προτεραιότητες και τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Προϋπολογισμός, σε μακροοικονομική θεώρηση, ονομάζεται όχι μόνο η πρόβλεψη κατανομής πόρων αλλά και η λεπτομερής διανομή τους, ανάμεσα σε ανταγωνιστικές δραστηριότητες ή υπηρεσίες σε έναν οργανισμό.

(Βασιλική Λανάρα, «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Ζ΄ έκδοση, Αθήνα 2000)

12.2 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

<p>ÿ Διευθυντής Τ.Ε.Π.</p> <p>ÿ Προϊστάμενος Διοικητικών Υπηρεσιών</p> <p>ÿ Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Τ.Ε.Π.</p>	<p>Ø Εκτίμηση αναγκών και εμπειρίας για όλο το προσωπικό για την επόμενη προϋπολογιστική χρονιά (manpower plan)</p> <p>Ø Διαμόρφωση λίστας έργων (π.χ. δημιουργία θαλάμου βραχείας νοσηλείας, μελέτη εγκατάστασης πληροφοριακού συστήματος) και των απαιτήσεων τους σε πόρους.</p> <p>Περιλαμβάνει και την εκτίμηση για ανάγκες καινούργιων μηχανημάτων και αντικατάσταση παλιών. (40 μέρες πριν την προώθηση του προϋπολογισμού)</p>
---	---

<p>ÿ Προϊστάμενος Διοικητικών Υπηρεσιών</p>	<p>Ø Μετατροπή των απαιτήσεων του ανθρώπινου δυναμικού και επενδύσεων σε χρηματικά ποσά και πρόβλεψη δαπανών (π.χ. φαρμακευτικό υλικό).</p>
---	---

<p>ü Διευθυντής Τ.Ε.Π</p>	<p>∅ Αξιολόγηση προϋπολογισμού και ευθυγράμμιση με την πολιτική του νοσοκομείου</p>
	<p>∅ Παρουσίαση του προϋπολογισμού στον διευθυντή Τ.Ε.Π. και ενσωμάτωση σχολίων (εάν χρειάζεται). Υποβολή του προϋπολογισμού στη διοίκηση προς έγκριση.</p>

<p>ü Διοίκηση</p>	<p>∅ Έγκριση προϋπολογισμού (με αλλαγές εάν χρειάζεται) λαμβάνοντας υπόψη τις αποφάσεις περί προγραμματισμού και στρατηγικής και τις δυνατότητες κάλυψης δαπανών από τις εκάστοτε πηγές χρηματοδότησης.</p>
--------------------------	---

(Οργάνωση και λειτουργία Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π), Κ.Ε.Κ. Καθηγητής Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Διευθυντής Πανεπιστημιακής ΜΕΘ ΓΠΝ Κ.Α.Τ., Αθήνα 2003)

12.3. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

<p>ÿ Υπεύθυνος Οικονομικού - Νοσοκομείου</p>	<p>Ø Προώθηση των απολογιστικών έντυπων (περιέχουν τον προϋπολογισμό, τα απολογιστικά στοιχεία και την διάφορα τους). Στο τέλος κάθε τρίμηνου γίνεται ανάλυση διαφορών και προώθηση τους.</p>
--	---

<p>ÿ Διευθυντής Τ.Ε.Π.</p> <p>ÿ Προϊστάμενος Διοικητικών Υπηρεσιών</p> <p>ÿ Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Τ.Ε.Π.</p>	<p>Ø Ανάλυση και εύρεση της διαφοράς. Όσον αφορά τα έσοδα και τα έξοδα πρέπει η ανάλυση να φτάσει στο επίπεδο διαχωρισμού μεταξύ διαφορών που οφείλονται σε άλλους λόγους (π.χ. αύξηση τιμών σε φάρμακα). Όσον αφορά τα έργα η ανάλυση πρέπει να δώσει στοιχεία σχετικά με τις εργασίες που εκτελέστηκαν και το αντίστοιχο κόστος.</p>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> Ø Συγκέντρωση στοιχείων για τον αναθεωρημένο προϋπολογισμό και συμπλήρωση των αντίστοιχων φύλλων αναθεωρημένου προϋπολογισμού και απολογισμού.
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ÿ Διευθυντής Τ.Ε.Π. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Αξιολόγηση και ενσωμάτωση σχολίων στον αναθεωρημένο προϋπολογισμό και απολογισμό.
	<ul style="list-style-type: none"> Ø Παρουσίαση στον διευθυντή Τ.Ε.Π. και ενσωμάτωση σχολίων.

<ul style="list-style-type: none"> ÿ Διοίκηση 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Έγκριση αναθεωρημένου προϋπολογισμού (με αλλαγές εάν χρειάζεται).
--	---

(Οργάνωση και λειτουργία Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π), Κ.Ε.Κ. Καθηγητής Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, Διευθυντής Πανεπιστημιακής ΜΕΘ ΓΠΝ Κ.Α.Τ., Αθήνα 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ

Όταν η υγεία και η ζωή ενός ατόμου απειλούνται, είτε από αιφνίδια εισβολή νόσου, είτε από βίαια εξωτερικά αίτια, η παροχή επείγουσας και κατάλληλης φροντίδας μπορεί να είναι σωστική ή να περιορίσει τις μόνιμες βλάβες.

Εν τούτοις, η μεν επείγουσα φροντίδα για να είναι έγκαιρη προϋποθέτει ένα σύστημα με υψηλού επιπέδου οργάνωση χωρίς κενά και αδυναμίες, η δε κατάλληλη φροντίδα, με την έννοια της ορθής και αποτελεσματικής παρέμβασης, απαιτεί επαρκείς και καλά εκπαιδευμένο προσωπικό, σύγχρονο εξοπλισμό, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και σύνδεση όλων των κρίκων στην αλυσίδα παροχής άμεσης φροντίδας.

Η ανάγκη για την εγκαθίδρυση και λειτουργία ενός σύγχρονου ολοκληρωμένου συστήματος Επείγουσας Ιατρικής είναι επιτακτική ενόψει της γενικότερης μεταρρύθμισης του ΕΣΥ καθώς:

- A.** Η εναρμόνιση της ποιότητας των Υπηρεσιών Ε.Ι. με εκείνες της Ε.Ε. και των προηγμένων γενικά χωρών, θα έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή σημαντικού ποσοστού προλήψιμων θανάτων, καθώς και την πρόληψη μόνιμων βλαβών – αναπηριών.
- B.** Το σημερινό καθεστώς της Ε.Ι. συγκρινόμενο με τα κρατούντα στην Ε.Ε. και ΗΠΑ παρουσιάζει σοβαρή καθυστέρηση και αναποτελεσματικότητα και σε μερικές περιπτώσεις εικόνες ντροπής.
- Γ.** Από την αντιμετώπιση των επειγόντων κρίνεται καθημερινά η αξιοπιστία και η ποιότητα ολόκληρου του ΕΣΥ.
 - Επείγουσα ιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ανταποκρίνεται σ' αυτή την ανάγκη ενεργώντας μέσα σ' ένα οργανωμένο σύστημα Ε.Ι.
 - Σύστημα Επείγουσας Ιατρικής είναι το οργανωμένο σύνολο παροχής άμεσης προνοσοκομειακής, ενδονοσοκομειακής και διανοσοκομειακής

φροντίδας στις επείγουσες περιπτώσεις (Επιτροπή Υ.Υ. και Πρόνοιας για τα ΤΕΠ).

- Στόχοι της Επείγουσας Ιατρικής:
 - Η παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος προνοσοκομειακής, ενδονοσοκομειακής και διανοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας.
 - Η προτυποποίηση και η βελτίωση της ποιότητας της επείγουσας ιατρικής φροντίδας.
 - Η μείωση της θνητότητας, νοσηρότητας, αναπηρίας και δυστυχίας που σχετίζονται με τον τραυματισμό και την αιφνίδια νόσο.
 - Η έρευνα της φύσης και της θεραπείας των ιατρικών επειγόντων.
 - Η συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων που συνδέονται με την πρόληψη των ατυχημάτων και την προαγωγή της υγείας (Σύμφωνα με το Μανιφέστο για την Επείγουσα Ιατρική στην Ευρώπη).

13.1. Α) ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ Ε.Ι.

A. Το Αγγλο–Αμερικανικό πρότυπο Ε.Ι.

Σύμφωνα με αυτό, οι διασώστε αρχίζουν την παροχή επείγουσας φροντίδας στον τόπο του ατυχήματος ή της αιφνίδιας νόσου, και μεταφέρουν τον ασθενή στο Οργανωμένο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όπου παρέχεται η οριστική θεραπεία από τους επειγοντολόγους και τους ειδικούς του Νοσοκομείου.

- Συνεπώς, στο σύστημα αυτό η Ε.Ι. αποτελεί αυτόνομη ειδικότητα και πλαισιώνεται από ειδικούς.
- Χώρες που εφαρμόζουν αυτό το σύστημα είναι: Αυστραλία, Βέλγιο, Καναδάς, Κόστα Ρίκα, Χονγκ–Κονγκ, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Μαλαισία, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Νικαράγουα, Φιλιππίνες, Πολωνία, Σιγκαπούρη, Νότια Κορέα, Ταϊβάν, Τουρκία, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ.

(Planning Recommendations for International Emergency medicine and Out – of – hospital Care System Development. Academic Emergency Medicine 2000).

B. Το Γαλλο–Γερμανικό Πρότυπα E.I.:

Το μοντέλο αυτό "φέρνει το Νοσοκομείο στον ασθενή" μεταφέροντας επείγοντολόγους και τεχνολογικό εξοπλισμό στη σκηνή του επείγοντος με την ελπίδα παροχής φροντίδας υψηλού επιπέδου. Συνήθως αναισθησιολόγοι και γενικοί γιατροί χωρίς ειδίκευση παρέχουν επείγουσα φροντίδα (ανάνηψη και αναλγησία) αποκλειστικά σε προνοσοκομειακό επίπεδο, όπου γίνεται και η διαλογή και ο ασθενής εισάγεται απευθείας στο οικείο τμήμα του Νοσοκομείου.

- Η E.I. δεν αποτελεί ανεξάρτητη ειδικότητα και συχνά ελέγχεται από αναισθησιολόγους.
- Χώρες όπου λειτουργεί αυτό το σύστημα είναι: Αυστρία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Λετονία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ρωσία, Σλοβενία, Σουηδία και Ελβετία.

13.1. B) ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Πρόκειται για καίριο ζήτημα. Η ορθή ή λανθασμένη επιλογή θα κρίνει την επιτυχία του συστήματος.

Κριτήρια στα οποία πρέπει να βασιστεί:

- Στάθμη των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Αποτελεσματικότητα και έκβαση.
- Υιοθέτηση από άλλες χώρες.
- Προσαρμοστικότητα στον ελληνικό χώρο και γεωγραφικός παράγοντας (μεγάλα αστικά κέντρα – περιφέρεια).
- Καλύτερη προοπτική.
- Οπωσδήποτε, η ελληνική εκδοχή του συστήματος φαίνεται ήδη να κλίνει υπέρ του Αγγλο–Αμερικανικού τύπου (εφόσον προωθείται η ανάπτυξη ΤΕΠ), ο οποίος παρουσιάζει σαφή πλεονεκτήματα· και αυτόν θα αναλύσουμε Το σημαντικό, όμως είναι να ακολουθηθεί το πλήρες οργανωτικό πρότυπο με αυστηρά προγραμματισμένη εξέλιξη ως την ολοκλήρωσή του. (Επιτροπή Υ.Υ. και Πρόνοιας για τα ΤΕΠ).

13.2. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΙΑ ΤΑ Τ.Ε.Π. ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στην Ευρώπη τα πρώτα ξεχωριστά νοσοκομειακά τμήματα Επείγουσας Ιατρικής (ΤΕΠ) έκαναν την εμφάνισή τους το 1970. Στελεχώθηκαν και ήταν υπό τη διοίκηση ειδικά εκπαιδευμένων γιατρών, αλλά, τουλάχιστον στην αρχή, δεν ήταν τίποτα άλλο παρά ένα δωμάτιο αναζωογόνησης κοντά στις χειρουργικές αίθουσες, εξοπλισμένο για την αντιμετώπιση και φροντίδα τραυματιών, γιατί εκείνη την εποχή υπήρχε η πεποίθηση πως τα περισσότερα επείγοντα περιστατικά αφορούσαν τραύματα. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός θυμάτων τροχαίων ατυχημάτων σύντομα έκανε επιτακτική την ανάγκη για δημιουργία πιο εξειδικευμένων χώρων παροχής επείγουσας ιατρικής βοήθειας. Το Βέλγιο είναι η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που αναγνώρισε ως ειδικότητα την Επείγουσα Ιατρική, το 1994. Επίσης, στο Βέλγιο, το 1970, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Leuven ήταν ένα από τα πρώτα νοσοκομεία που αποφάσισαν την οργάνωση ενός ξεχωριστού αυτοδύναμου Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

(Herman Delooz. Different EMS Systems in Europe, Belgium. Emergency Department, U.H. Leuven).

13.3 Α)ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ Τ.Ε.Π. ΣΤΗ LEUVEN (ΒΕΛΓΙΟ)

Το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Casthuisberg στη Leuven λειτουργεί εδώ και 30 περίπου χρόνια ως ανεξάρτητο τμήμα. Ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία ενός τέτοιου τμήματος θεωρείται η χωροταξική και λειτουργική του αυτονομία. Περιλαμβάνει 4 βασικούς χώρους:

- υποδοχή, Dispatching, αναμονή.
- χώρο για εξέταση και αρχική διάγνωση.
- χώρο για θεραπεία.
- χώρο για βραχεία νοσηλεία ασθενών (με 24 κρεβάτια, από τα οποία 7 είναι πλήρως εξοπλισμένα για εντατική θεραπεία).

(Herman Delooz. Ethical Issues in critical care: criteria for treatment. Critical choices and critical care 1195, 79–101).

Η αυτονομία του όσον αφορά το έμψυχο δυναμικό του βασίζεται στην 24ωρη κάλυψη από:

- ιατρικές ειδικότητες.
- επειγοντολόγους.
- νοσηλευτικό προσωπικό.
- κοινωνικούς λειτουργούς.
- προσωπικό Dispatching.

• **Χώρος και προσωπικό Dispatching**

Ο χώρος του Dispatching έχει άμεση ορατή πρόσβαση στους χώρους αναμονής, των εξεταστηρίων και της εισόδου των ασθενοφόρων καθώς και των ατόμων που προσέρχονται με τα δικά τους οχήματα. Είναι ηλεκτρονικά μηχανογραφημένος και έχει άμεση επικοινωνία με τα ασθενοφόρα και τα οχήματα των επειγόντων περιστατικών. Έχουν άμεση πρόσβαση με το ακτινολογικό, αιματολογικό και άλλα εργαστήρια. Το προσωπικό του είναι εκπαιδευμένο για την αντιμετώπιση τόσο των απλών περιστατικών όσο και των επειγόντων. Επίσης υπάρχει μια ομάδα για τα επείγοντα και μια για τα τραύματα.

Ο ρόλος του προσωπικού είναι:

- υποδοχή και καταγραφή των ασθενών.
- Triage.
- διεκπεραίωση όλων των εισερχομένων και εξερχόμενων επικοινωνιών και πληροφοριών.
- Διακίνηση των επισκεπτών και των συμβούλων ιατρών.

(W. Buylaert, P. Calle. The regulation in emergency medical services systems Department of emergency medicine. University Hospital, Cent.).

13.3 Β) ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΗΣ LEUVEN

Το σύστημα διαλογής των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών στο νοσοκομείο της Leuven βασίζεται στο σύστημα triage της Αυστραλίας.

Όπως έχουν προαναφέρει και στο κομμάτι της οργάνωσης, διαλογή (triage) είναι ένα σύστημα ταξινόμησης των ασθενών που έρχονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Η ταξινόμηση αυτή γίνεται ανάλογα με τη βαρύτητα και σοβαρότητα της νόσου. Σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση ορίζεται ο χρόνος αναμονής του ασθενούς για κλινική και ιατρική εκτίμηση.

Η διαλογή πρέπει να βασίζεται στις αρχές της δικαιοσύνης, αντικειμενικότητας και ενδιαφέροντος για την καλύτερη και αποδοτικότερη φροντίδα των ασθενών.

(W. Buylaert, P. calle. The regulation in emergency medical services systems Department of Emergency Medicine. University Hospital, Cent.).

Ο πρώτος που εφάρμοσε μια μορφή συστήματος διαλογής ήταν ο Baron Dominique Jean Larrey στους πολέμους του Ναπολέοντα. Αυτός χώρισε τους τραυματισμένους Γάλλους στρατιώτες σε ομάδες, όχι όμως ανάλογα με το στρατιωτικό τους βαθμό αλλά ανάλογα με τη βαρύτητα του τραύματός τους.

Στα μέσα του 1970 το προσωπικό του Box Hill Hospital στη Μελβούρνη ανέπτυξε μια κλίμακα από πέντε βαθμίδες. Η κάθε βαθμίδα είχε διαφορετικό χρώμα ταμπελάκι με ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό να επισημαίνει την προτεραιότητα για εκτίμηση της κατάστασης.

Το 1990 η είσοδος των computer στη ζωή μας επέβαλε την ηλεκτρονική μηχανογράφηση των συστημάτων διαλογής. Με το νέο αυτό σύστημα μπορούσαμε να συλλέξουμε πληροφορίες για το χρόνο αναμονής, παρακολούθησης και αναφοράς των ασθενών. Το νέο αυτό μηχανογραφημένο σύστημα εφαρμόστηκε στο Royal Brisbane Hospital και το 1993 το Australasian College for Emergency Medicine υιοθέτησε την κλίμακα αυτή και ονομάστηκε National Triage scale. Το σύστημα διαλογής του νοσοκομείου της Leuven, βασίζεται σ' αυτό το National Triage scale (NTS) της Αυστραλίας.

(R. Van Gerven, Herman Delooz, W. Sermeus. Systematic triage in the emergency department using the Australian National Triage Scale: a pilot project. European Journal of Emergency Medicine, 2001, 8: 3 – 7).

- **Πού πρέπει να στεγάζεται ο χώρος της διαλογής**

Ο χώρος της διαλογής είναι πρωταρχικής σημασίας. Οι προϋποθέσεις του χώρου αυτού είναι:

- 1) Θα πρέπει να υπάρχει άμεση ορατότητα του χώρου αναμονής και της εισόδου του τμήματος των επειγόντων περιστατικών.
- 2) Θα πρέπει επίσης να υπάρχει και άμεση ορατότητα με τους χώρους εξέτασης των ασθενών.
- 3) Ο χώρος θα πρέπει να προσδίδει αρκετή απομόνωση για τους ασθενείς, αλλά ασφάλεια και άνεση για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.
- 4) Θα πρέπει να είναι κατάλληλα σηματοδοτημένος, ώστε να πληροφορεί τους ασθενείς και τους μεταφορείς για τους χώρους της διαλογής.
- 5) Θα πρέπει επίσης, να λαμβάνεται υπ' όψιν η γρήγορη και χωρίς καθυστέρηση ροή των μεταφορικών μέσων αλλά και των ασθενών.

(R. Van Gerven, Herman Delooz, W. Sermeus. Systematic triage in the emergency department using the Australian National Triage Scale: a pilot project. European Journal of Emergency Medicine, 2001, 8: 3 – 7).

- **Ο υπεύθυνος διαλογής – Επικοινωνία και πληροφόρηση**

Ο triager (υπεύθυνος διαλογής), ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό και έχει γνώσεις τόσο νοσηλευτικών καθηκόντων, όσο και εμπειρία στη νοσηλεία των επειγόντων περιστατικών. Η διαδικασία της διαλογής είναι ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο καθήκον. Οι διευθυντές των ΤΕΠ θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι αποφάσεις του υπευθύνου διαλογής μπορεί να επηρεάσουν την αξιοπιστία της διαλογής, και γι' αυτό δε θα πρέπει να διστάζουν να απαλλάξουν τον υπεύθυνο διαλογής, εάν αυτός δεν είναι σε κατάλληλη ψυχική και σωματική κατάσταση.

Όσον αφορά την επικοινωνία στο χώρο της διαλογής, θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα σύνδεση με τα εισερχόμενα ασθενοφόρα, ελικόπτερα και

άλλα μέσα μεταφοράς των ασθενών. Είναι πολύ χρήσιμο να υπάρχει ένα σύστημα συναγερμού και αυτόματο σύστημα κλήσης για βοήθεια στο χώρο της διαλογής. Όπως επίσης και ένα κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης για τους χώρους αναμονής εάν αυτοί δεν είναι ορατοί.

Τέλος, το σύστημα θα πρέπει να είναι ηλεκτρονικά μηχανογραφημένο, από όπου θα μπορούμε ανά πάσα στιγμή να συλλέξουμε πληροφορίες για τη φροντίδα των ασθενών στο τμήμα των ΤΕΠ.

(Herman Delooz. Different EMS systems in Europe, Belgium. Emergency Department, U. H. Leuven).

Σύμφωνα λοιπόν, με το N.T.S. (σύστημα διαλογής της Αυστραλίας), οι ασθενείς ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου.

Κατηγορία 1 → Σ' αυτή την κατηγορία οι ασθενείς συνήθως είναι βαριά. Συνήθως προσέρχονται με ασθενοφόρο ή άλλο όχημα. Είναι πολυτραυματίες, σε κατάσταση shock, μπορεί να έχουν απώλεια αισθήσεων, σπασμούς, δύσπνοια ή καρδιοπνευμονική ανακοπή.

Κατηγορία 2 → Εδώ οι ασθενείς είναι λιγότερο βαριά αλλά επίσης θεωρούνται υψηλού κινδύνου. Σ' αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με:

- Πόνο στο θώρακα με υπόνοια για καρδιακή ισχαιμία, πνευμονική εμβολή.
- Πυρετός, εξάνθημα, κεφαλαλγία με υπόνοια για σήψη ή μηνιγγίτιδα.
- Σοβαρό σκελετικό τραύμα κ.α.

Κατηγορία 3 → Οι ασθενείς αυτοί έχουν σοβαρή πάθηση ή τραυματισμό και ο χρόνος αναμονής τους είναι 30'. Σ' αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται:

- Ασθενείς με μέτρια έντονο πόνο οποιασδήποτε αιτιολογίας.
- Ασθενείς με συμπτώματα σοβαρής λοίμωξης.
- Μέτριος τραυματισμός.

Κατηγορία 4 → Οι ασθενείς αυτοί έχουν μέτρια συμπτώματα, συμπτώματα παρατεταμένης διάρκειας ή οξέα συμπτώματα χαμηλού κινδύνου. Συμπεριλαμβάνονται:

- ξένο σώμα στον κερατοειδή.
- μικρό τραύμα.

- ημικρανία.

Κατηγορία 5 → Είναι συνήθως ασθενείς με συμπτώματα χρόνιας νόσου, συμπτώματα διάρκειας περισσότερο από 1 εβδομάδα ή οξεία συμπτώματα μικρής βαρύτητας. Όπως:

- χρόνιος πόνος στη μέση.
- διαταραχές εμμήνου ρύσεως.
- μικρές επιδέσεις.
- πράξεις διαχείρισης (π.χ. αποτελέσματα εξετάσεων, συνταγές κλπ.).

(Herman Delooz. Different EMS systems in Europe, Belgium. Emergency Department, U. H. Leuven).

Τέλος, το ΤΕΠ της Leuven είναι διαιρεμένο σε τρεις μεγάλες χρωματικές περιοχές.

- Στους χώρους της κόκκινης γραμμής:

Σ' αυτή την περιοχή προσέρχονται οι ασθενείς που έχουν ταξινομηθεί στην κατηγορία 1, από τη διαλογή ως περιστατικά που απειλείται άμεσα η ζωή τους.

- Στους χώρους της πράσινης γραμμής:

Σ' αυτή την κατηγορία προσέρχονται οι ασθενείς των κατηγοριών 2 και 3. Η κατάστασή τους είναι επείγουσα αλλά όχι τόσο όσο της κατηγορίας 1.

- Στους χώρους της άσπρης γραμμής:

Εδώ μεταφέρονται οι ασθενείς που ταξινομούνται στις κατηγορίες 4 και 5.

(Herman Delooz. Different EMS systems in Europe, Belgium. Emergency Department, U. H. Leuven).

13.4. A) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΤΕΠ ΣΤΟ HOPE HOSPITAL (ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ)

Οι πολίτες κάθε περιοχής του Ηνωμένου Βασιλείου (UK) αντιμετωπίζονται στην πλειονότητά τους από τους γενικούς ιατρούς και εφ' όσον κρίνεται απαραίτητο παραπέμπονται από αυτούς στο νοσοκομείο μετά από προσυνεννόηση. Ταυτόχρονα υπηρεσία άμεσης βοήθειας με ασθενοφόρα και

οχήματα ταχείας πρόσβασης είναι διαθέσιμη για τις επείγουσες κλήσεις ιδιωτών ή γενικών ιατρών και τη μεταφορά των ασθενών στο νοσοκομείο. Οποιοσδήποτε ασθενής έχει κάποιο πρόβλημα μπορεί να ζητήσει βοήθεια σε τμήμα επειγόντων περιστατικών με δική του πρωτοβουλία.

(Annual Report of Hope Hospital. www.hop.man.ac.uk).

Στην πόλη του Manchester υπάρχουν πέντε νοσοκομεία που καλύπτουν συγκεκριμένες περιοχές. Το Hope Hospital είναι πανεπιστημιακό νοσοκομείο, με ΤΕΠ που εφημερεύει καθημερινά και υποδέχεται 65.000 – 70.000 ασθενείς ετησίως.

Το προσωπικό του ΤΕΠ αποτελείται από:

- Ιατρούς: τον καθηγητή
ένα διευθυντή
τρεις επικεφαλής επιμελητές
τέσσερις ειδικευόμενους στην επείγουσα ιατρική
δύο με ειδική σύμβαση
δέκα μεταπτυχιακούς ιατρούς για βασική εκπαίδευση.
- Νοσηλευτές: την επικεφαλής προϊστάμενη
30 – 35 νοσηλευτές (κάποιοι είναι εκπαιδευμένοι στην επείγουσα ιατρική – nurse practitioners).
- Διοικητικό: 2 γραμματείς
(προσωπικό) 2 προϊστάμενες υποδοχής
13 υπαλλήλους υποδοχής
βοηθητικό προσωπικό.

(Annual Report of Hope Hospital. www.hop.man.ac.uk).

13.4. Β) ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ ΣΤΟ HOPE HOSPITAL

· Triage

Στο χώρο της υποδοχής του ΤΕΠ καθημερινά υπάρχει νοσηλεύτρια υπεύθυνη για τη διαλογή, που γίνεται στην πρωινή και απογευματινή βάρδια. Η διαλογή αφορά τη λήψη ιστορικού με βάση συγκεκριμένο πρωτόκολλο από τη νοσηλεύτρια, η οποία και δίνει προτεραιότητα στον ασθενή ανάλογα με το πρόβλημά του. Για κάθε ασθενή συμπληρώνεται ένα έντυπο που περιέχει:

- γενικά στοιχεία
 - δημογραφικά στοιχεία
 - γενικές πληροφορίες για το ατομικό αναμνηστικό
 - το κύριο σύμπτωμα
 - την παρούσα νόσο
 - την κλίμακα του πόνου
 - το χρώμα της κατηγορίας προτεραιότητας
 - τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής
- Πρώτα ζωτικά σημεία του ασθενούς
- Τυχόν ειδική φροντίδα που απαιτείται:
 - π.χ. χορήγηση O₂
 - monitoring.
- Εργαστηριακές εξετάσεις
- Χορήγηση αναλγησίας.

Οι κατηγορίες της διαλογής αναφορικά με το χρόνο αναμονής είναι:

- κόκκινη = άμεση αντιμετώπιση
- πορτοκαλί = εντός 10 λεπτών
- κίτρινη = εντός 1 ώρας
- πράσινη = εντός 2 ωρών
- μπλε = πάνω από 2 ώρες.

(Mackway – Jones K and the Manchester Triage Group. Emergency Triage, London, BMJ Publishing Group, 1997).

Γραφείο κίνησης

Όλοι οι ασθενείς καταγράφονται μετά τη διαλογή στο γραφείο κίνησης όπου ανοίγεται ηλεκτρονικός φάκελος.

Διαχείριση ασθενών

→ Οι ασθενείς του ΤΕΠ ανάλογα με την κατηγορία προτεραιότητας, εξετάζονται από γιατρό του τμήματος.

→ Η νοσηλεύτρια της διαλογής ενημερώνει προφορικά και γραπτά τον ασθενή για τον τρόπο λειτουργίας του τμήματος και για τους λόγους πιθανής καθυστέρησης στην εξέτασή του.

→ Αφού ο ασθενής εξετασθεί, αν κριθεί απαραίτητο υποβάλλεται σε παρακλινικό έλεγχο.

→ Μετά την ολοκλήρωση όλων των απαραίτητων εξετάσεων ο ασθενής επανεκτιμάτε και αποφασίζεται η οριστική αντιμετώπιση.

→ Η νομοθεσία απαιτεί ο ασθενής να λάβει γραπτή γνωμοδότηση από το τμήμα επείγοντων για ότι αφορά τη νόσο και τη θεραπεία που συνεστήθη.

→ Βασική αρχή λειτουργίας αποτελεί η επανεκτίμηση του ασθενούς σε δεύτερο χρόνο από τους γιατρούς του ΤΕΠ για την πρόοδο της θεραπείας του, αν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

→ Κάποιοι από τους ασθενείς που προσέρχονται στο ΤΕΠ χρήζουν εισαγωγής. Αν αυτό έχει θεωρηθεί αναγκαίο από τον οικογενειακό γιατρό, τότε ο ασθενής περνά από τα επείγοντα και μεταφέρεται απ' ευθείας στην κλινική εισαγωγής.

Συχνό φαινόμενο αποτελεί η αδυναμία να μεταφερθεί κάποιος ασθενής σε κλινική λόγω έλλειψης για τις περιπτώσεις αυτές. Στους θαλάμους αυτούς παραμένουν και οι ασθενείς που χρήζουν παρακολούθησης μέχρι να οριστικοποιηθεί η διάγνωση.

(Planning Recommendations for International Emergency medicine and out – of – hospital care System Development. Academic Emergency Medicine 2000).

- **Emergency Nurse Practitioners (:ENP)**

Από το 1993 το Hope hospital έχει εκπαιδεύσει και χρησιμοποιεί νοσηλευτές (emergency nurse practitioners) για την αντιμετώπιση ασθενών που προσέρχονται με ελάσσονα προβλήματα:

- κακώσεις των άκρων
- εγκαύματα
- ελαφρές κακώσεις κεφαλής.

Το 1998 αξιολογήθηκε η δουλειά των ENP και κρίθηκε ιδιαίτερα σημαντική. Αυτό ήταν η αιτία που κρίθηκε απαραίτητη η πληρέστερη και συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους. Το τελευταίο επιτυγχάνεται με ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Στο Hope hospital οι ENP εργάζονται από τις 7.00 – 21.00 και όσοι εργάζονται τη νύχτα είναι απαραίτητα εκπαιδευμένοι στα αντικείμενα που προαναφέρθηκαν.

Σε μελέτη που έγινε το πρώτο εξάμηνο του 1999 βρέθηκε ότι δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο ανάμεσα σε δύο ομάδες ασθενών που εξετάστηκαν από ENP και γιατρούς στη μεταπτυχιακή τους εκπαίδευση. Στην ίδια μελέτη οι ασθενείς και των δύο ομάδων έμειναν εξίσου ικανοποιημένοι.

(Annual Report of Hope Hospital. www.hop.man.ac.uk).

13.4. Γ) ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ ΤΕΠ

1) Ψυχιατρική ομάδα

Στο ΤΕΠ λειτουργεί ειδική νοσηλευτική ομάδα εξειδικευμένη στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων σε 24ωρη βάση.

Αποτελείται από:

- 1 επικεφαλής της ομάδας
- 10 νοσηλεύτριες που συνεργάζονται με ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Σκοπός της ομάδας είναι η αντιμετώπιση ατόμων με προβλήματα αυτοκαταστροφής στα πλαίσια της καθημερινής τους ζωής.

Σε 24ωρη βάση υπάρχουν διαθέσιμες τηλεφωνικές γραμμές για επικοινωνία των ασθενών με την ψυχιατρική ομάδα.

[Emergency orders. Salford Royal hospitals. NHS Trust.]
[Annual Report of Hope Hospital. www.hop.man.nhs.uk.]

2) Ομάδα αλκοολικών ασθενών

Μελέτες σε εθνικό επίπεδο έχουν δείξει ότι η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί μείζον κοινωνικό πρόβλημα στη Βρετανία, με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των αλκοολικών και στην οικονομία της χώρας. Παράλληλα ευθύνεται για την πλειονότητα των τροχαίων ατυχημάτων στη χώρα.

Το ΤΕΠ διαθέτει καθημερινά μια νοσηλεύτρια εξειδικευμένη στο αντικείμενο αυτό, η οποία προσφέρει τις υπηρεσίες της τις πρωινές ώρες. Σκοπός της υπηρεσίας αυτής είναι να έρθει σε επαφή με τα άτομα που προσήλθαν στο ΤΕΠ λόγω κατάχρησης αλκοόλ με προσπάθεια για:

- την τροποποίηση της απαραίτητης ιατρικής βοήθειας
- την αποτοξίνωσή τους
- την παροχή της απαραίτητης ιατρικής βοήθειας.

Ταυτόχρονα υπάρχει σε 24ωρη βάση τηλεφωνική γραμμή για επικοινωνία των ατόμων αυτών ή του περιβάλλοντός τους με το νοσοκομείο για πληροφορίες.

[Emergency orders. Salford Royal hospitals. NHS Trust.]
[Annual Report of Hope Hospital. www.hop.man.nhs.uk.]

3) Ομάδα φροντίδας ηλικιωμένων

Μια άλλη δραστηριότητα του ΤΕΠ του Hope hospital είναι η ομάδα φροντίδας ηλικιωμένων.

Η ομάδα αυτή αποτελείται από:

- νοσηλευτές του ΤΕΠ
- κοινωνικού λειτουργούς

Στόχος της ομάδας είναι:

- ασχολείται με ηλικιωμένους ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ
- φροντίζει για την ασφαλή επιστροφή τους στο σπίτι
- πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι

- προσφέρει βοήθεια σε καθημερινές ανάγκες του ηλικιωμένου όπως:
 - α) προετοιμασία φαγητού
 - β) καθαριότητα
 - γ) συντροφιά
 - δ) συναισθηματική υποστήριξη

[Emergency orders. Salford Royal hospitals. NHS Trust.
Annual Report of Hope Hospital. www.hop.man.nhs.uk.]

13.4. Δ) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ

Η ομάδα Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) αποτελείται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Όσον αφορά το νοσηλευτικό, πρέπει να υπάρχουν 3 νοσηλεύτριες στο χώρο αναζωογόνησης για την υποδοχή του πολυτραυματία. Ο ρόλος τους είναι:

→ **Προϊσταμένη νοσηλεύτρια:** να ετοιμάσει τα φάρμακα και τον εξοπλισμό για διασωλήνωση, να βοηθήσει στον έλεγχο του αεραγωγού, την ακινητοποίηση της ΣΣ και τον έλεγχο της κυκλοφορίας. Βρίσκεται στην κεφαλή του κρεβατιού, δίπλα στον αρχηγό της ομάδας.

→ **Δεύτερη νοσηλεύτρια:** είναι υπεύθυνη για όλες τις πράξεις. Αρχικά μπορεί να βοηθήσει στα ABCS, αλλά προετοιμάζει όλες τις πράξεις π.χ. καθετηριασμό, διαγνωστική περιτοναϊκή πλύση, μεσοπλεύριο καθετηριασμό κλπ.

→ **Τρίτη νοσηλεύτρια:** καταγράφει όλα τα ζωτικά σημεία, υγρά, πράξεις και φάρμακα που χορηγούνται.

Σε μείζονα αναζωογόνηση μπορεί να απαιτηθεί επιπρόσθετη νοσηλευτική βοήθεια καθώς και μεταφορές. Είναι απόφαση του επικεφαλής της νοσηλευτικής ομάδας να καλέσει βοήθεια. Πρέπει να είναι διαθέσιμοι βοηθοί θαλάμου για να κάνουν κίνηση, συλλογή και μεταφορά του αίματος.

(Forms for registration of CPR efforts and outcome, respectively for out – of – hospital and in – hospital cardiac arrest. Resuscitation 1992, 155 – 166).

13.5. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το μοντέλο του ΤΕΠ δεν μπορεί να είναι το ίδιο για κάθε χώρα. Κάθε υγειονομικό σύστημα πρέπει να σχεδιάσει και αναπτύξει το δικό του μοντέλο, που να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες πολιτισμικές, γεωγραφικές, πληθυσμιακές και άλλες ανάγκες της κάθε του υγειονομικής περιφέρειας. Είναι σαφές ότι όποιο και να είναι αυτό το μοντέλο, το ΤΕΠ πρέπει να είναι ένα αυτόνομο χωροταξικά τμήμα χωριστό από το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων για χρόνια περιστατικά.

Προς το παρόν δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα και στοιχεία για το ποιο είναι το καταλληλότερο οργανωτικό μοντέλο ΤΕΠ για την ελληνική πραγματικότητα. Γι' αυτό η ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία ΤΕΠ στην Ελλάδα θα πρέπει να γίνει προοδευτικά, χωρίς να ληφθούν άμεσα οριστικά μέτρα σχετικά με τη στελέχωση, ή υποδομή, που πιθανά μπορεί να χρειαστεί να τροποποιηθούν. Έτσι, μεσοπρόθεσμα θα πρέπει να εξασφαλιστεί καλύτερη και ταχύτερη υποδοχή, σταθεροποίηση και διαγνωστική προσπέλαση των επειγόντων, ώστε να δοθεί χρόνος για τη δημιουργία κατάλληλων στελεχών, αλλά και καταγραφή ξεκάθαρων αναγκών (Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας).

Κεντρικό ρόλο κατά το σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού συστήματος Επείγουσας Ιατρικής θα πρέπει να έχουν οι ακόλουθοι προβληματισμοί:

Οι Υπηρεσίες Επείγουσών Φροντίδων θα πρέπει να αναπτυχθούν λαμβάνοντας υπόψη:

- θεσμικά ζητήματα
- γεωγραφικά και πληθυσμιακά προβλήματα
- ιδιαιτερότητες ασθενών
- υγειονομική υποδομή σε επίπεδο νομού και περιφέρειας
- διαθεσιμότητα προσωπικού
- ανάγκη αξιολόγησης κόστους / αποτελεσματικότητας.

Για να απαντηθούν αυτά τα ερωτήματα χρειάζεται μελέτη και αξιολόγηση του προβλήματος με καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων και στη συνέχεια

λήψη και εφαρμογή μέτρων που θα ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες με ταυτόχρονη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. (Ασκητοπούλου Ε. Επείγουσα και Εντατική Ιατρική. Εκ. Πίτσας. Αθήνα, 1991).

13.6. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ Ε.Ι. ΣΤΗΝ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Οι συνθήκες στο χώρο των επειγόντων είναι συχνά από σκληρές έως εφιαλτικές.

- Δεν υπάρχουν οργανωμένα Τμήματα Επαιγόντων Περιστατικών.
- Η έλλειψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναγκάζει πολλούς πολίτες να καταφύγουν στο εφημερεύον Νοσοκομείο, για περιπτώσεις χρόνιες ή πάντως μη επείγουσες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο ασφυκτικός συνωστισμός και η πτώση της ποιότητας παροχής φροντίδας στους έχοντες αμεσότερη ανάγκη ασθενείς.
- Η μη πλήρης ανάπτυξη του ΕΚΑΒ έχει ως συνέπεια την απρόβλεπτη και άναρχη προσέλευση.
- Δεν υπάρχει διάυλος επικοινωνίας ΕΚΑΒ – ΤΕΠ με αποτέλεσμα την έλλειψη συνέχειας στην αντιμετώπιση.
- Η υποδοχή των ασθενών γίνεται σε χώρους που δεν έχουν τις απαραίτητες προδιαγραφές.
- Επικρατεί η φιλοσοφία μεταφοράς του ασθενούς στο κοντινότερο και όχι στο σωστό Νοσοκομείο.
- Η έλλειψη οργανωμένης διαδικασίας διαλογής (Triage) οδηγεί σε κακή ιεράρχηση προτεραιότητας.
- Η αντιμετώπιση σοβαρών περιπτώσεων από ειδικευμένους κάνει τις υπηρεσίες αναξιόπιστες.
- Η απουσία υπεύθυνου συντονιστή στο ΤΕΠ συχνά οδηγεί τους ασθενείς σε δυσανασχέτηση.
- Υπάρχουν επικίνδυνες καθυστερήσεις λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και ετοιμότητας.

- Δεν υπάρχει οργανωμένη ομάδα τραύματος.
- Δεν υπάρχουν κατανεμημένα Κέντρα Τραύματος.
- Τριτοβάθμια νοσοκομεία δεν έχουν τον απαραίτητο εξοπλισμό (υπερηχογράφος, αξονικός ή μαγνητικός τομογράφος, αγγειογράφος).
- Απαραίτητο προσωπικό. Εδώ μπορούμε ενδεικτικά να μιλήσουμε για την κατάσταση στο γενικό νοσοκομείο Αθηνών "Ιπποκράτειο", όσον αφορά πάντα το προσωπικό. Η αριθμητική κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στο ΤΕΠ του Ιπποκράτειο είναι:
 - Νοσηλευτές Τ.Ε. 5 άτομα
 - Νοσηλευτές Δ.Ε. 8 άτομα.

Επισημαίνεται ότι, για την εύρυθμη λειτουργία των ΤΕΠ, στο σύνολό τους απαιτούνται τουλάχιστον 40 άτομα, ενώ στο συγκεκριμένο νοσοκομείο μόνον 13 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού. Δυστυχώς αυτή η κατάσταση ισχύει για τα περισσότερα, αν όχι για όλα τα νοσοκομεία της χώρας μας.

- Τέλος, η έλλειψη σύνδεσης των "κρίκων" στην αλυσίδα επιβίωσης οδηγεί κάποτε σε τραγικές καταστάσεις (άσφογη και έγκαιρη αερομεταφορά – καθυστέρηση και απώλεια του ασθενούς στο νοσοκομείο υποδοχής).

Συμπερασματικά, μόνο η εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου "αφοσιωμένου" συστήματος μπορεί να εξαλείψει όλα αυτά τα φαινόμενα που έχουμε αναφέρει εδώ συνοπτικά (Επιτροπή Υ.Υ. και Πρόνοιας για τα ΤΕΠ).

13.7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΜΕΣΗΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Γνωρίζοντας τη σημερινή κατάσταση στα ΤΕΠ της χώρας μας, μπορούμε να κάνουμε κάποιες εποικοδομητικές προτάσεις για καλύτερες συνθήκες.

Οι προτάσεις είναι:

1. Καθιέρωση και εμπέδωση της τριαδικής (triage) εξέτασης του ασθενούς που προσέρχεται στο Τ.Ε.Π. Αυτή περιλαμβάνει τη μέτρηση της θερμοκρασίας, των σφίξεων και της αρτηριακής πίεσης, ενώ είναι γνωστή ως καταγραφή ζωτικών σημείων.

(Θ. Π. Μπουντούρης, Ι. Μητρόπουλος, Μ. Μπουντούρη, Π. Μπουντούρης, Ι. Μπουντούρης, "Το τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης", Οικονομία – Management Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2003).

2. Διαχωρισμός, εάν αυτό είναι εφικτό, της ήσσονος βαρύτητας περιστατικών και δημιουργία μέσα στο Τ.Ε.Π. ειδικού τμήματος που θα ασχολείται με αυτά, ούτως ώστε ο χρόνος αναμονής να μειωθεί γι' αυτές τις περιπτώσεις και να υπάρχει μεγαλύτερη ευχέρεια ενασχόλησης με τα βαρύτερα περιστατικά, η οξύτητα των οποίων πρέπει να διαβαθμίζεται σε κριτική, επείγουσα και χαμηλή.

(Hay – E., Beckerman, L. Rosenberg, – G. Peled, – R. Quality assurance of nurse triage, consistency of results over three years. Amer – J – Emerg. – Med. 2001 Mar 19, pg. 113 – 7).

3. Υιοθέτηση της αρχής της ελάχιστης θεραπευτικής παρέμβασης που απαιτείται για τη διάσωση του τραυματία.

(Helling – Thomas – S. Minimal acceptance care as a vital component to Missouri's trauma System. Missouri – Medicine 2002, Jul. 99, pg 275 – 8).

4. Οι εμπλεκόμενοι γιατροί του τμήματος επειγόντων περιστατικών πρέπει να έχουν βαθιά γνώση και εμπειρία της επείγουσας ιατρικής για να μπορούν να την εφαρμόσουν στους ασθενείς τους.

(Θ. Π. Μπουντούρης, Ι. Μητρόπουλος, Μ. Μπουντούρη, Π. Μπουντούρης, Ι. Μπουντούρης, "Το τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης", Οικονομία – Management Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2003).

5. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος στο Τ.Ε.Π. είναι σπουδαίος και μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του χρόνου αναμονής, να περιορίσει τις άλλες παρακλινικές εξετάσεις και να συνεισφέρει στη διάσωση του ασθενούς (π.χ. αορτικό ανεύρυσμα).

(Anonymous. Ultrasound in the ED can mean dramatic improvement in care, research shows. ED – Manag. 2001 Mar., pg. 25 – 9).

6. Η καταγραφή των ασθενών, η οποία εξακολουθεί να γίνεται με το χειρωνακτικό τρόπο, από τους γιατρούς ή τους γιατρούς ή τους νοσηλευτές,

απαιτεί μηχανοργάνωση και γραμματειακή υποστήριξη. Έτσι θα διευκολυνθεί η ιεραρχική διεκπεραίωση των ασθενών και θα επιτευχθεί μείωση του χρόνου αναμονής ενώ η επεξεργασία των συλλεγομένων στοιχείων μπορεί να συνδράμει την οργάνωση, τη βελτίωση και τον έλεγχο των παρεχομένων υπηρεσιών. Πρέπει να τονιστεί ότι η προτυπωμένη καταγραφή (κωδικοποίηση) της πλειονότητας των παθήσεων στο Τ.Ε.Π., βελτιώνει το έργο των γιατρών.

(Spath P. Improve performance in trauma care. Hosp. – Peer – Rev. May 2001, p. 68 – 72).

7. Η κάλυψη των αναγκών του Τ.Ε.Π. από εξειδικευμένους γιατρούς των κλινικών, καθώς και ειδικευόμενους συνεχώς εναλλασσόμενους, χωρίς οργανωμένη και κατευθυνόμενη συνεχή εκπαίδευση, ενίοτε δημιουργεί τριβές ως προς την αρμοδιότητα των παρουσιαζομένων συμπτωμάτων. Γι' αυτό, είναι επιβεβλημένη η δημιουργία μιας πολύ πειθαρχημένης ομάδας γιατρών και νοσηλευτών, που ουσιαστικά και όχι τυπικά, με επαρκή μέσα και συνεχή εκπαίδευση, με έμπειρο διευθυντή, υπό την πλήρη κάλυψη των ειδικών, θα διεκπεραιώνει το έργο του Τ.Ε.Π. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών του Τ.Ε.Π. κατά τη διάρκεια του πρωινού ωραρίου επιβεβαιώνει την ορθότητα της πρότασης.

(Θ. Π. Μπουντούρης, Ι. Μητρόπουλος, Μ. Μπουντούρη, Π. Μπουντούρης, Ι. Μπουντούρης, "Το τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης", Οικονομία – Management Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2003).

8. Διαγνωστικά λάθη στο Τ.Ε.Π. είναι συχνά και, ενίοτε, μοιραία για τον ασθενή. Κατά κανόνα διαφεύγουν κατάγματα και, πέραν των ακτινογραφιών που προλαμβάνουν πολλά, η ανάλογη εκπαίδευση και κλινική επιδεξιότητα έχουν καθοριστική σημασία. Η καθιέρωση – υποχρέωση της επανεξέτασης, από τον αρμόδιο ειδικό γιατρό, των ασθενών του Τ.Ε.Π. της προηγούμενης θα δώσει τη δυνατότητα διόρθωσης τυχόν σφαλμάτων και αποτροπής μελλοντικών επιπλοκών.

(Guly, Diagnostic error in an accident and emergency department. Emerg. – Med. Jul. 2001, pg. 113 – 7).

13.8. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ

Πέραν από τις προαναφερθείσες προτάσεις για άμεση πραγματοποίηση, ίσως να είναι αρκετά επικοινωνητικό να αναφέρουμε και κάποια μακροπρόθεσμα σχέδια, για ένα καλύτερο Τ.Ε.Π. έστω και μελλοντικά.

Τα σχέδια λοιπόν για το μέλλον είναι:

1. Εγκατάσταση αυτόματης καταγραφής ή, μέσω έξυπνων προγραμμάτων, αυτόματη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.

(Θ. Π. Μπουντούρης, Ι. Μητρόπουλος, Μ. Μπουντούρη, Π. Μπουντούρης, Ι. Μπουντούρης, "Το Τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης", Οικονομία – Management Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2003, σελ. 20 – 23).

2. Δημιουργία συμβουλίου εκτίμησης και ελέγχου των παρεχομένων υπηρεσιών, όπου χρήστες και παραγωγοί θα συνεισφέρουν από κοινού στη βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών και θα δίνουν την πρέπουσα βαρύτητα στην αξία της πολύ προσεκτικής αντιμετώπισης του τραυματία, ενώ θα καθορίζουν τις προτεραιότητες.

(Sbain, Hackin, Developing a service user group in an A. and E. department. Acc. – Emerg. – Nurs, Jan 2002, pg. 26 – 30).

3. Εκπαίδευση των νοσηλευτών και υποκίνησή τους με παροχή κινήτρων ή διεύρυνση καθηκόντων, για άμεση ανταπόκριση τους στην αιτούμενη βοήθεια από τους προσερχόμενους διακομιζόμενους στο Τ.Ε.Π., με προφανή στόχο τη βελτίωση της επικοινωνιακής πολιτικής αλλά και την ουσιαστική συμβολή στο διαχωρισμό της κατάστασης των προσερχόμενων και στην ιεράρχηση της αντιμετώπισής τους. (Kipp, Implementing nursing caring standards in the emergency department. J. – Nurs – Adm., Feb 2001, pg. 85 – 90). Συνήθως, τα αποτελέσματα είναι σωστά και βελτιώνονται με την αποκτώμενη εμπειρία. Η σπάνια αποτυχία σε καρδιακά νοσήματα δεν αναιρεί τον κανόνα.

(Hay – E. Bekerman, L. Rosenmberg, – G. Peled, – R. Quality assurance of nurse triage, consistency of results over three years. Amer – J – Emerg. – Med. 2001 Mar 19, pg. 113 – 7).

4. Η οργάνωση επικοινωνιακής πολιτικής του Τ.Ε.Π., με την απασχόληση του ασθενούς ενώ αναμένει την εξέτασή του, την προσπάθεια ανακούφισης των ενοχλήσεων του, και πρωτίστως του πόνου, την ικανοποίηση των ανθρώπινων και επικοινωνιακών αναγκών του, τις οποίες αιφνιδίως στερείται, θα βελτιώσει την εικόνα του Τ.Ε.Π. και θα εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς.

(Taylor, David McD Wolfe, Rory Cameron Peter A. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. Emerg – Medicine – Fremantle, Mar 2002, pg. 43 – 9).

5. Η οργάνωση – εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όπως και των πληρωμάτων των ασθενοφόρων, μπορεί να συμβάλλει στην αποσυμφόρηση του Τ.Ε.Π. και στην αποφυγή περαιτέρω επιδείνωσης της κατάστασης των ασθενών κατά τη μεταφορά.

(Θ. Π. Μπουντούρης, Ι. Μητρόπουλος, Μ. Μπουντούρη, Π. Μπουντούρης, Ι. Μπουντούρης, «Το Τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης», Οικονομία – Management Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2003, σελ. 20 – 23).

6. Η αποστολή νοσηλεύτη ή τεχνίτη της επείγουσας ιατρικής με κάθε κλήση του ασθενοφόρου, αν και φαντάζει εξωπραγματική, θα συντελέσει στην αποσυμφόρηση και στη βελτίωση των υπηρεσιών του Τ.Ε.Π.

(Θ. Π. Μπουντούρης, Ι. Μητρόπουλος, Μ. Μπουντούρη, Π. Μπουντούρης, Ι. Μπουντούρης, «Το Τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης», Οικονομία – Management Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2003, σελ. 20 – 23).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλευτική των Επειγόντων Περιστατικών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Σκοπός της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας.

Σκοπός της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι :

1. Η διάσωση της ζωής του θύματος που επιτυγχάνεται με τη διατήρηση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας αλλά και την αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας βαριάς αιμορραγίας ή κάθε άλλης βλάβης ζωτικού οργάνου. Στόχος αυτής της προσπάθειας είναι να αποτρέψουμε το θάνατο σε δυνητικά αναστρέψιμες καταστάσεις.
2. Η πρόληψη της επέκτασης της βλάβης του οργανισμού με τον έλεγχο της επίδρασης του βλαπτικού παράγοντα που προκάλεσε την αρχική βλάβη.
3. Η σχετική βελτίωση της κατάστασης του πάσχοντος με τις προσπάθειες ανακούφισης του, αλλά και με την δημιουργία περιβάλλοντος προστασίας και ασφάλειας.

(Γερμένης Τάσος, "Μαθήματα πρώτων βοηθειών για επαγγέλματα υγείας", Γ έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994).

Η αποτελεσματικότητα της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας βασίζεται:

- a) Στις θεωρητικές γνώσεις
- b) Στις πρακτικές δεξιότητες του νοσηλευτή. Όμως κοινές για όλους τους / τις νοσηλευτές / νοσηλεύτριες επειγουσών τμημάτων, είναι ορισμένες μεγάλες κατηγορίες γνώσεων και δεξιοτεχνιών που είναι οι εξής:
 1. Ικανότητα λήψης ακριβούς αλλά σύντομου και επικεντρωμένου ιστορικού.
 2. Ικανότητα εφαρμογής βασικών και προηγμένων μέτρων διατήρησης της ζωής

3. Γνώση όλων των ηλικιακών ομάδων και των διαφόρων προβλημάτων υγείας τους.
4. Ικανότητα γρήγορης και σφαιρικής παρατήρησης και εκτίμησης και σωστής παρέμβασης.
5. Δεξιότητα στην εκτέλεση μιας μεγάλης ποικιλίας διαγνωστικών διαδικασιών με ένα συστηματοποιημένο και γρήγορο τρόπο.
6. Ικανότητα καθορισμού προτεραιοτήτων.
7. Κατοχή γνώσεων που αφορούν την φροντίδα υγείας και την ικανότητα διδασκαλίας.
8. Ικανότητα συνηγορίας για φροντίδα και κατεύθυνση της φροντίδας του άρρωστου.
9. Ικανότητα και δεξιότητα στη χρησιμοποίηση τεχνικών παρεμβάσεων κρίσης.
(Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 3, Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000).

Γενική εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες παρατηρητικότητας και εκτίμησης κάνει μια γρήγορη αξιολόγηση της όλης κατάστασης του αρρώστου που περιλαμβάνει:

1. Γενική εμφάνιση αρρώστου
2. Κατάσταση συνείδησης
3. Αναπνευστική και κυκλοφορική λειτουργία
4. Παρουσίας κατάστασης shock ή επικείμενου
5. Σημεία ανοικτής αιμορραγίας, αιματώματος ή μωλώπων
6. Ικανότητα του αρρώστου να κινεί τα άκρα του σωστά
7. Σημεία φανεράς παραμόρφωσης, ευαισθησίας, παράφυση κίνησης και πόνου (υποψία κατάγματος).

(Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 3, Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

15. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο νοσηλευτής των Τ.Ε.Π. ασκεί μοναδικό ρόλο στην επείγουσα νοσηλευτική άσκηση.

Συγκεκριμένα:

- Χρησιμοποιεί βασικούς κανόνες περίθαλψης σε συνδυασμό με τις γενικές έννοιες για τη νοσηλευτική πράξη.
- Επιλέγει τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης για κάθε ασθενή ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.
- Είναι υπεύθυνος για τη διαλογή των ασθενών που έρχονται στο νοσοκομείο.
- Συγκεντρώνει και αναλύει γρήγορα στοιχεία που σχετίζονται με τη φύση και τη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας.
- Είναι υπεύθυνος για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει το σύστημα φροντίδας των επειγόντων περιστατικών, τη σημασία του και τις υπηρεσίες που του παρέχει.
- Είναι υποχρεωμένος να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τους επαγγελματίες.
- Έχει καθήκον να εμπλουτίζει και να ανανεώνει τις γνώσεις και τις δεξιότητες.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια οργάνωσης και διοίκησης του Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών ενός Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου, το οποίο να καλύπτει μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Η πρακτική εφαρμογή χρειάζεται κατ' αρχή απεγκλωβισμό από στενά γραφειοκρατικά και οικονομικά πλαίσια, και απαιτείται η συνεργασία ομάδας που ο καθένας από την θέση του θα διευκολύνει στον σχεδιασμό και στην οργάνωση ενός Πρότυπου Τ.Ε.Π.

Βέβαια δεν φθάνει μόνο ένας καλός αρχικός σχεδιασμός, ή μια καλή μηχανική κατασκευή που μπορεί να έχει θέσει τις βάσεις για καλή αρχή, αλλά χρειάζεται μια γενικότερη γνώση ατόμων της ομάδας για στελέχωση και συντονισμό. Συχνά πρέπει να ελέγχεται η όλη οργάνωση και να επιβεβαιώνεται η ορθότητά της. Το Τ.Ε.Π. είναι το τμήμα «καθρέφτης» του νοσοκομείου και η καλή λειτουργία του, δίνει την πρώτη εντύπωση στον άρρωστο και στον συνοδό για την όλη οργάνωση του νοσοκομείου και του υγειονομικού προγράμματος γενικότερα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Ahnefeld F.W., Kiliam J. Schuster, Lerbuch fuer Notfall Medizin, Berlin: Springer Verlag, 1990: 3 – 16, 347 – 76.
- 2) Ahnefeld FW. Qualifikation fuer den Notarzt, Notfallmedizin 1991, 8: 937 - 945.
- 3) American Heart Association: Emergency cardiac care units (in EMS systems), standards and guidelines for CPR and ECC, 1986.
- 4) Annual Report of Hope Hospital. www.hop.man.ac.uk.
- 5) Anonymous. Ultrasound in the ED can mean dramatic improvement in care, research shows. ED – Manag. 2001 Mar., pg. 25 – 9.
- 6) Bosssaert A. survey of Emergency Medical Service Systems in Europe. In Vincent J. L. ed. Update in Intensive Care and Emergency Medicine. Berlin: Springer – Verlag. 1991, pg. 663 – 72.
- 7) Buc A., Mullner M., Sterz F et al. The emergency department in a 2000 – bed teaching hospital: saving open ward and intensive care facilities. Eur. J. Emerg. Med. 1997, pg. 19 – 23.
- 8) Buylaert W., P. calle. The regulation in emergency medical services systems Department of emergency medicine. University Hospital, Cent.
- 9) Carpentier F. Guignier M., Mingat J. Emergency Medicine in France: Examples of organization and services provided, Berlin: Springer – Verlag 1990, pg. 551 – 61.
- 10) Dellooz H. "Emergency Medicine": an anesthesiologist "concept". In: Dellooz H. Emergency Medicine and the Anaesthesiologist. Vol. 6 Bailliere – Tindall, London 1992 1–23.
- 11) Dellooz H. Manifesto for emergency medicine in Europe. Eur J. Emerg. Med 1998, pg. 389 – 390.
- 12) Dellooz Herman. Different EMS Systems in Europe, Belgium. Emergency Department, U.H. Leuven.
- 13) Dellooz Herman. Ethical Issues in critical care: criteria for treatment. Critical choices and critical care 1995, pg. 79 – 101.
- 14) Emergency orders. Salford Royal hospitals. NHS Trust.

- 15) Forms for registration of CPR efforts and outcome, respectively for out – of – hospital and in – hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 1992, pg. 155 – 166.
- 16) Guly, Diagnostic error in an accident and emergency department. *Emerg. – Med.* Jul. 2001, pg. 113 – 7.
- 17) Hay – E., Bekerman, L. Rosenmberg, – G. Peled, – R. Quality assurance of nurse triage, consistency of results over three years. *Amer – J – Emerg. – Med.* 2001 Mar 19, pg. 113 – 7.
- 18) Hay – E., Bekerman, L. Rosenmberg, – G. Peled, – R. Quality assurance of nurse triage, consistency of results over three years. *Amer – J – Emerg. – Med.* 2001 Mar 19, pg. 113 – 7.
- 19) Helling – Thomas – S. Minimal acceptance care as a vital component to Missouri's trauma System. *Missouri – Medicine* 2002, Jul. 99, pg 275 – 8.
- 20) Julie G. Bracken Triage – Emergency.
- 21) Kipp, Implementing nursing caring standards in the emergency department. *J. – Nurs – Adm.*, Feb 2001, pg. 85 – 90.
- 22) Laggner AN. The Emergency Department: The closing link in the chain of survival. In: Vincent JL Yearbook of intensive care and emergency Medicine. Springer – Verlag, 1993, 641–646.
- 23) Lee A., Bishop G., Hillman KM, Daffun K. (1995), The Medical Emergency Team. *Anaesth Intensive care* 23, pg. 183 – 186.
- 24) Lorene Newberry Emergency Department Management – Emergency Nursing Principles and practice, pg. 41 – 46.
- 25) Mackway – Jones K and the Manchester Triage Group. *Emergency Triage*, London, BMJ Publishing Group, 1997.
- 26) Marrow S., National triage scale exists, *Letter BMS* 1998, pg. 207 – 317.
- 27) Planning Recommendations for International Emergency medicine and Out – of – hospital care System Development. *Academic Emergency Medicine* 2000.

- 28)** R. Van Gerven, Herman Dellooz, W. Sermeus. Systematic triage in the emergency department using the Australian National Triage Scale: a pilot project. *European Journal of Emergency Medicine*, 2001, 8: 3 – 7).
- 29)** S bain, Hackin, Developing a service user group in an A. and E. department. *Acc. – Emerg. – Nurs*, Jan 2002, pg. 26 – 30.
- 30)** Spath P. Improve performance in trauma care. *Hosp – peer – Rev*. May 2001, pg. 68 – 72.
- 31)** Swee HL, Anantharaman V. Emergency Medicine in Singapore: Past, Present and Future. *Ann Emerg. Med* 1999, pg. 338 – 343.
- 32)** Taylor, David McD Wolfe, Rory Cameron Peter A. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg – Medicine – Fremantle*, Mar 2002, pg. 43 – 9.
- 33)** Αγγουριδάκης Π., Δανδράκης Π., Βασικές αρχές οργάνωσης του τμήματος επειγόντων περιστατικών στην Ελλάδα, *Ιατρικής* 2002, τόμος 81, τεύχος 5, σελ. 403 – 416, εκδότης Γ. Πετρίκος.
- 34)** *Αλεξίου Παναγιώτης, Κρητικόπουλος Κυριάκος, Οργάνωση και λειτουργία, Τμήμα επειγόντων περιστατικών, Αθήνα 2002, σελ. 3 – 10.*
- 35)** Ασκητοπούλου Ε. Εισαγωγή στην επείγουσα και εντατική Ιατρική. Επείγουσα και εντατική Ιατρική, Εκδόσεις Πίτσας. Αθήνα, 1991 σελ. 23 – 42.
- 36)** Ασκητοπούλου Ελένη, "Επείγουσα και Εντατική Ιατρική". Εκ. Πίτσας. Αθήνα, 1991.
- 37)** Γερμένης Τάσος, Μαθήματα πρώτων βοηθειών για επαγγέλματα υγείας, Γ' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994.
- 38)** Γερογιάννης Ν., Το τμήμα επειγόντων περιστατικών στο ελληνικό νοσοκομείο, *Ελλ. Ιατρική* 1997, Τόμος 63, τεύχος 3, σελ. 244 – 254, Περίοδος Δ', εκδόσεις University Studio Press.
- 39)** Εκπαίδευση της Νοσηλεύτριας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), Ενημερωτικό φυλλάδιο, Αθήνα 2001.
- 40)** Επιτροπή Υ.Υ. και Πρόνοιας για τα ΤΕΠ.

- 41) Θ. Π. Μπουντούρης, Ι. Μητρόπουλος, Μ. Μπουντούρη, Π. Μπουντούρης, Ι. Μπουντούρης, "Το τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης", Οικονομία – Management Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2003.
- 42) Καλογεράκου Σ., Σχεδιασμός – Οργάνωση στελέχωση του ΤΕΠ, Νοσηλευτική παθολογική ειδικότητα.
- 43) Λανάρα Βασιλική, "Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών", Θ' έκδοση, Αθήνα 2002, σελ. 242 – 270.
- 44) Μπαλτόπουλος Ι. Γεώργιος, Διευθυντής Πανεπιστημιακής ΜΕΘ ΓΠΝ ΚΑΤ, ΚΕΚ, Οργάνωση και λειτουργία Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), Αθήνα 2003.
- 45) Νοσηλευτική χειρουργική ειδικότητα, "Οργάνωση – Μελέτη και αρχιτεκτονικός σχεδιασμός Τ.Ε.Π. (1998-99) Π.Γ.Ν.Ν. Πειραιά "Αγ. Παντελεήμων", Κρητικόπουλος Κ., Αλεξίου Π.
- 46) Οργάνωση Προγραμματισμός και λειτουργία ΤΕΠ, ΚΕΚ, ΠΓΝ Αθήνας "Κοργιαλένιο Μπενάκειο".
- 47) Οργάνωση, Προγραμματισμός και Λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών – Διεπιστημονική Συνεργασία, Επιστημονικά υπεύθυνος ενέργειας κατάρτισης: Δρ. Νικόλαος Φίλιας Δ/ντής ΜΕΘ. Νοσοκομείο "Άγιος Σάββας".
- 48) Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας, Οργάνωση Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, "Διαδικασίες διαλογής στο ΤΕΠ Παπαγεωργίου – Απολογισμός 15 μηνών λειτουργίας", Γεώργιος Γεωργιάδης.
- 49) Πρακτικά Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσοκομειακής Φροντίδας.
- 50) Σαχίνη Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 3^{ος}, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.
- 51) Στάθης Ι. Γιώργος, Μπορούν να λειτουργήσουν ορθολογικά τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, Επιθεώρηση Υγείας – Επιστήμες – Τεχνολογία – Πολιτικές, Επιστημονικό και Ενημερωτικό Περιοδικό του

προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα. Τόμος 10, τεύχος 58, εκδοτική παραγωγή, Graffiti ΕΠΕ, Αθήνα 2002.

- 52)** Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. Ενημερωτικό φυλλάδιο, Αθήνα 2003.
- 53)** ΦΕΚ 983, τεύχος δεύτερο, σελίδα 11791 22 Σεπτεμβρίου 1998. Οργάνωση και λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στα νοσοκομεία της χώρας.
- 54)** Χασάπη – Σαργέντη και Συνεργάτες Ο.Ε. (2002), Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), προδιαγραφές σχεδιασμού και ιατρικού εξοπλισμού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Οι ακόλουθες φωτογραφίες αντιπροσωπεύουν το πρότυπο Τ.Ε.Π. ενός Νοσοκομείου στο Halifax της Αγγλίας.



Εικόνα 1 Στάση αδελφής



Εικόνα 2 Στάση αδελφής



Εικόνα 3 Παιδιατρικός χώρος εξέτασης



Εικόνα 4 Χώρος εξέτασης



Εικόνα 5 Χώρος εξέτασης. Στο βάθος διακρίνεται το παιδιατρικό κρεβάτι και ο πίνακας δόσεων των φαρμάκων για τα παιδιά.



Εικόνα 6 Σανίδες μεταφοράς ασθενών.